9149



91495





91495

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

L'OR ADHÉSIF ET L'OR MOU

Par le docteur LEVETT,
professeur de dentisterie opératoire à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie

(Séance du 23 novembre 1886.)

Dans une très intéressante communication à la Société d'Odontologie de Paris, M. Chauvin a défendu avec talent les avantages de l'or mou. Pour notre collègue, la découverte de l'or adhésif est sans valeur, les aurifications faites par ce moyen défectueuses ; l'or mou est la matière obturatrice par excellence, et il regrette son délaissement.

Je suis d'un avis opposé, je crois que c'est avec raison que l'or adhésif a supplanté, dans les mains des meilleurs opérateurs, l'or mou.

Mon pays a été le berceau de l'aurification ; il s'enorgueillit de la découverte d'Arthur. Je pense comme mes compatriotes, qu'en nous montrant le moyen de souder l'or à lui-même. sous la plus faible pression, cet éminent dentiste a rendu un des plus grands services qu'on put rendre à la dentisterie opératoire.

Le travail de M. Chauvin comprend deux parties : dans l'une, il établit, à son point de vue, une comparaison entre l'or mou et l'or adhésif ; dans l'autre, il réédite les descriptions classiques d'introduction et de tassement de l'or mou, en y ajoutant quelques modifications personnelles.

Je ne m'occuperai que de la première.

Je n'ai pas à exposer ici les règles de l'aurification, je les enseigne depuis la création de l'Ecole dentaire de Paris ; je me bornerai donc à combattre quelques exagérations, à montrer que l'or adhésif ne mérite pas les reproches dont on le charge, et que s'il a les préférences des meilleurs aurificateurs, cela n'est pas sans motifs.

La valeur d'une matière obturatrice se mesure à la durée dans la bouche, des obturations qu'elle a servi à exécuter :

La conservation des dents. tel est notre but principal ; le reste n'est qu'accessoire : le temps de l'opération, ses difficultés sont des facteurs du problème, mais il est évident que cela n'est que secondaire.

Depuis trente ans, on emploie l'or adhésif, et je suis convaincu que, s'il n'avait pas donné des résultats supérieurs à l'or mou, il aurait été depuis longtemps abandonné ; il aurait eu le sort de ces progrès éphémères que les annales de notre profession enregistrent, mais qui ne laissent que peu de traces. Il n'en est pas ainsi pour l'or adhésif : son extension a été continue.

La durée des aurifications faites à l'or adhésif est pour moi illimitée. Quel est celui de nous qui n'a vu des aurifications à l'or

adhésif dix, quinze, vingt ans et plus après leur introduction ? et ne les a trouvées aussi belles, aussi solides qu'au premier jour, les bords aussi nets, l'ensemble ayant l'aspect d'un bloc d'or coulé.

Par contre, combien d'aurifications à l'or mou sont, au bout de quelques années, affaissées, désagrégées, spongieuses, le moindre attouchement de l'excavateur les fait s'émietter ; on s'étonne qu'elles rendent encore quelques services. Le bloc d'or adhésif forme un tout homogène, chaque molécule d'or à l'appui des molécules voisines ; grâce à cela, il résiste à la mastication elle-même pendant des années. Cela prouve la solidité des moyens d'union, sa valeur comme matière obturatrice.

Enlever à chaque parcelle d'or son individualité pour la souder à l'ensemble, pour l'aider à former un lingot, en quelque sorte. Voilà ce que le recuit donne à l'or, et on comprend que le résultat pratique soit supérieur à celui que la simple juxtaposition des feuilles d'or produit.

Dans l'or mou, chaque feuille est isolée ; l'union, le ciment, si je puis parler ainsi, manquent. Si le cylindre est bien debout, la feuille bien verticale, elle résiste assez bien aux efforts mécaniques, dont la cavité buccale est le champ ; mais si, dans les manœuvres d'introduction, de condensation, elle a perdu cette direction, l'or mou ne produit plus que des aurifications sans durée et, pour mon compte, j'en ai peu vues qui, sur les faces triturantes, aient longtemps résisté, aient gardé leur forme primitive.

Si j'avais pensé être appelé un jour à venir défendre l'or adhésif devant vous, j'aurais rassemblé un certain nombre d'observations pour vous les présenter.

Depuis la création de l'Ecole dentaire de Paris, j'ai enseigné les deux méthodes d'aurification, et, après plusieurs années d'expérience, je reste persuadé que l'or adhésif a rendu à la profession plus de services que l'or mou.

Un des grands arguments, en faveur de l'or mou, est la rapidité d'exécution qu'il permet d'obtenir.

Si cet argument a quelque valeur pour la pratique dans le cabinet d'opérations, il est sans valeur pour l'étude, l'exercice à l'Ecole.

Cette question de la rapidité des opérations est digne d'attirer notre attention ; en apprenant à nos élèves à opérer vite, nous préparons à ceux-ci de graves déceptions pour l'avenir.

Une autre considération qui doit vous prouver la supériorité de l'or adhésif sur l'or mou, c'est la résistance plus grande que le premier offre aux efforts de la mastication. Quelle que soit l'habileté avec laquelle vous ayez manié votre or mou, celui-ci s'effritera bien vite et laissera pénétrer des parcelles d'aliments dans ses interstices.

On reproche à l'or adhésif d'exiger l'emploi d'un maillet qui fatigue le sujet et nuit à l'émail, ce reproche n'est pas fondé : l'or adhésif n'a pas besoin d'une percussion très énergique, (elle peut d'ailleurs être faite partie à la main, partie au maillet.)

Je peux dans la plupart des cas, faire des aurifications à l'or adhésif bien supérieures à tout ce que l'on pourrait attendre de l'or mou.

En ce qui concerne la supériorité de ce dernier au point de vue de son adaptation aux parois, je suis d'avis que l'or adhésif est susceptible de contracter avec les parois de toutes les cavités une adhérence aussi parfaite que l'or mou, mais cela dépend des soins que l'on apporte dans son emploi, beaucoup d'opérateurs aurifient à l'or adhésif mais c'est le petit nombre qui l'emploit bien. Je sais, que c'est là un travail qui demande beaucoup de talent et une patience infinie de la part de l'opérateur, mais quoi qu'il en soit ce sont des qualités que nos clients sont en droit d'attendre de nous.

Les échecs de l'or adhésif sont dus à des chocs trop rudes du maillet, surtout quand ils sont donnés dans une fausse direction. Celui-ci doit frapper contre la partie solide de la dent, et lorsque les parois sont faibles, c'est avec la main qu'il faut fouler l'or. On peut ainsi aurifier les dents les plus fragiles.

Ce n'est pas de l'emploi de l'or adhésif, c'est de l'usage mal compris du maillet que vient le mal.

A l'époque où je faisais mes premières armes dans la profession, on ne connaissait pas le maillet et cependant, il s'exécutait les travaux d'aurification les plus remarquables. Les vieux praticiens ont pu le constater. M. Chauvin reproche à l'or adhésif de manquer de plasticité, assurément il ne supporte pas tout d'abord des condensations faites à des angles différents, mais bien placé, ayant subi le foulage à la main, le maillet l'écrase parfaitement.

C'est une erreur de dire que l'or adhésif se retire sur lui-même. Les fouloirs l'étalent suffisamment pour le conduire sur les bords. Certainement, sa condensation doit se faire selon des règles précises, d'une main ferme et assurée mais bien exécuté, je nie qu'il se produise le moindre retrait.

Sans doute, on ne réussit pas toujours avec l'or adhésif, mais je le répète c'est la faute d'une manipulation défectueuse et il n'est pas juste d'attribuer à cet agent les imperfections de l'opérateur.

M. Chauvin fait trop bon marché de la reconstitution ; pour les incisives et les canines elle est souvent indiquée. Quand la partie linguale de la couronne est en partie détruite, et qu'il ne reste plus qu'une couche d'émail sur la face labiale, il est nécessaire de conserver à la dent son aspect extérieur, sa façade, l'emploi de l'or adhésif le permet, l'emploi de l'or mou nécessite une résection étendue. L'ouverture en V pour les dents antérieures est ce qu'il y a de moins esthétique, et pour mon compte, j'aimerais mieux priver mon client du bénéfice de l'obturation définitive, et obturer au ciment plutôt que de faire subir à ses dents une semblable mutilation.

Qu'on ait recours à l'or mou pour obturer les cavités où il n'y a pas de reconstitution à faire, soit ; mais dans les opérations un

peu compliquées, il est évident pour tout opérateur expérimenté que c'est l'or adhésif qu'il faut employer.

Je puis citer les noms de bien des praticiens partisans convaincus de l'or adhésif qu'ils regardent comme très supérieur à tout autre. Atkinson, Abbott, Arthur, Varney, employèrent tous leurs efforts et toute leur habileté à démontrer les avantages de cet agent sur toute autre matière obturatrice.

Ces hommes, qui pour la plupart, se trouvent aujourd'hui les praticiens les plus célèbres des Etats-Unis n'ont jamais varié dans leurs convictions à ce sujet.

Ce n'est pas la première fois que ce débat se produit. Pour ne citer qu'un témoignage et l'un des plus autorisés : celui de Taft qui avait fait des expériences résumées par lui dans le Cosmos (de novembre 1880, p. 603).

Les aurifications avaient été faites avec des feuilles lourdes du 20, du 40 et même du 60. Ces aurifications furent ensuite examinées et défièrent toute critique.

Je tiens cependant à ce que vous soyez bien persuadés que je ne suis pas le moins du monde exclusif et que je ne préconise pas l'emploi de l'une de ces méthodes à l'exclusion de l'autre, mais M. Chauvin va un peu loin, lorsqu'il conseille l'emploi de l'or mou dans tous les cas sans exception. Les deux procédés peuvent être appelés dans différentes occasions, à rendre de grands services, c'est à la sagacité de l'opérateur, c'est à son honnêteté professionnelle qu'il appartient de décider lequel devra être employé.

Depuis quelques années dans ma pratique personnelle, depuis quelque temps à l'Ecole Dentaire j'ai expérimenté un système mixte qui consiste à commencer les aurifications volumineuses avec des cylindres d'or mou pour terminer à l'or adhésif; l'on obtient ainsi la rapidité d'exécution et l'on combine les avantages des deux systèmes. Malgré cela, au point de vue classique l'or adhésif a mes préférences.

Il semblerait à entendre notre collègue que les aurifications faites comme je l'ai enseigné, que les aurifications à l'or adhésif ne sont pas durables, qu'elles sont un mauvais moyen de conservation des dents. A ceux de mes collègues que je m'honore d'avoir eu pour élèves, de dire : si les aurifications qu'ils ont exécutées ont été pour l'émail ce qu'est le marteau pour l'enclume, si on leur a inculqué de mauvaises règles opératoires, et si les aurifications à l'or adhésif qu'ils ont exécutées il y a quelques années ont aujourd'hui l'apparence d'obturations bonnes et solides. Les faits doivent être assez nombreux, l'expérience de certains assez ancienne pour qu'ils puissent nous éclairer à cet égard.

Par le Dr Th. David

REVUE HISTORIQUE ET CRITIQUE

Pathogénie des Kystes radiculaires des dents adultes

(*Suite*) (1)

II

Malgré les nombreux travaux qui ont été produits dans ces dernières années pour élucider ce point particulier, l'accord est loin d'exister entre les auteurs. Deux théories se trouvent encore en présence. L'une, née de l'idée émise par M. Verneuil au sujet du rôle pathogénique des débris du cordon épithélial de l'organe de l'émail, provenant de la formation de la dent, a été défendue avec talent par M. Malassez; elle fait naître le kyste de ces débris mêmes, *théorie épithéliale*. L'autre, formulée la première il y a déjà longtemps, admet que le kyste provient du périoste dentaire. Notre excellent maître, M. Magitot, qui s'en est fait le partisan autorisé n'a pas cru devoir l'abandonner, malgré les recherches anatomiques remarquables des défenseurs de l'autre théorie, et, dernièrement encore, au deuxième congrès français de chirurgie, il a de nouveau affirmé ses convictions au sujet de la *théorie périostale*.

On sait que les kystes radiculaires ont une poche enveloppante, sorte de coque cellulo-fibreuse plus ou moins épaisse, qui est commune à tous les kystes, et une paroi interne, formée de plusieurs couches d'éléments cellulaires bourgeonnants, recouverte d'épithélium.

La couche épithéliale est tantôt simple, tantôt en cellules stratifiées, pavimenteuses; le liquide est alors séreux. Mais, sous l'influence de l'inflammation, la couche bourgeonnante s'infiltre de cellules jeunes, et la lame épithéliale se dissocie sur tous les points; elle disparaît entièrement lorsque le kyste primitif est transformé en abcès. D'après Broca, lorsque l'inflammation a cessé, le liquide peut devenir séreux, de purulent qu'il était.

On sait encore que la paroi externe, en rapport avec le tissu osseux, y devient adhérente, lorsque des phénomènes d'inflammation y ont eu lieu; mais, le plus souvent, et surtout au début de l'affection, elle n'y adhère pas; c'est pourquoi le kyste fixé à la racine d'une dent vient avec celle-ci lorsqu'on en pratique l'extraction.

Enfin rappelons que la poche kystique est presque toujours en rapport avec une racine dentaire malade (exostose, résorption,

(1) Voir l'Odontologie 1886, page 517.

rugosités) dont l'extrémité plonge dans le kyste, celui-ci s'insérant en quelque sorte sur son pourtour.

Les auteurs sont unanimes sur ces points; mais l'accord cesse lorsqu'il s'agit d'assigner aux kystes une origine précise et un mode de formation.

Pour M. Magitot et ceux qui ont adopté sa manière de voir, MM. Duplay et Guyon, entre autres, l'affection a pour cause une inflammation subaiguë, chronique, de l'extrémité de la racine dentaire, déterminée par un choc sur la dent, un coup sur la face, mais le plus souvent par l'obturation intempestive d'une carie pénétrante non encore séchée.

La lésion radiculaire entraîne l'inflammation lente du périoste, qui se décolle de la racine par suite de la production, entre les deux surfaces, d'une exsudation, purulente ou séreuse. Il se forme alors une cavité dont la poche est constituée par le périoste décollé et épaissi, véritable membrane kystique. Tantôt le décollement s'étend à toute la périphérie du sommet radiculaire qui plonge dans la cavité du kyste; tantôt, mais bien rarement, il serait borné à un point de la circonférence de la dent; le kyste est terminal dans le premier cas, latéral dans le second. Dans les deux cas, la paroi osseuse se creuse d'une cavité proportionnée au volume de la tumeur.

L'epithélium dont est tapissé ce kyste n'apparaîtrait, d'après une première théorie admise par M. Magitot (1873), que consécutivement à la formation de la poche kystique; il se produirait alors par *genèse directe*. Cet auteur s'est ensuite rangé (1884) à l'opinion émise par Broca en 1869, et soutenue depuis par Flakson (1879). D'après cette manière de voir, la couche épithéliale kystique procéderait de l'*épithélium adamantin*, qui est en rapport avec la face interne de la paroi du sac folliculaire. Cette paroi deviendrait plus tard, une fois la dentition achevée, le périoste alvéolo-dentaire; elle contiendrait encore alors, sur la face interne, des vestiges de l'épithélium adamantin.

M. Malassez combat cette théorie en soutenant que la membrane décrite par M. Magitot sous le nom de périoste alvéolo-dentaire, n'a rien de commun avec le périoste. Ce qui entoure la dent, ce qui la sépare de l'os et l'y fixe, c'est une sorte de ligament formé de faisceaux de tissu fibreux, allant perpendiculairement de l'un à l'autre et prenant une insertion solide sur toute l'étendue des deux surfaces. Ce ligament ne jouerait aucun rôle dans la pathogénie des kystes radiculaires. Comment donc en expliquer la production ?

M. Malassez invoque alors une théorie émise vers 1873 par M. Verneuil, et d'après laquelle diverses affections des mâchoires auraient pour point de départ les *débris du cordon épithélial* de

l'organe de l'émail. M. Reclus a déjà démontré qu'une variété de tumeur grave, qu'il a appelée épithélioma térébrant, et rencontrée, avec M. Verneuil, au maxillaire supérieur, semble avoir cette origine. Sous une influence quelconque. une irritation de voisinage, le plus souvent, ces débris épithéliaux, restés longtemps inactifs, se mettraient à se développer, à bourgeonner, et donneraient lieu, suivant leur mode de développement, tantôt à une tumeur maligne, tantôt à des kystes, d'où les noms de kystes péri-dentaires (Verneuil et Reclus). kystes para-dentaires (Malassez).

Ceux-ci prennent donc pour point de départ les débris épithéliaux du cordon, restés à l'état embryonnaire pendant un nombre d'années plus ou moins grand; ces masses, venant à se développer, les cellules centrales se fondent et donnent naissance à un liquide séreux, tandis que les cellules périphériques se disposent en forme de paroi, limitant une poche. Au fur et à mesure que la quantité de liquide s'accroît, la poche augmente d'étendue, repousse les parties voisines, les lames du maxillaire, vient se mettre en contact avec la racine de la dent et y adhère par les fibres ligamenteuses qui l'enveloppent. Ainsi serait formé le kyste qui, dans une extraction, vient avec la racine quand il est petit, et adhère fortement à la coque osseuse périphérique lorsqu'il est plus volumineux ou qu'il s'est enflammé.

Ce qui semblerait donner raison à M. Malassez, c'est que, dans certains cas, les débris épithéliaux apparaîtraient à la coupe, dans l'examen histologique, sous forme d'une petite masse arrondie à cavité centrale parfaitement nette et à contour fibreux déjà visible; en un mot, ou aurait sous les yeux la coupe d'un kyste microscopique (Charvot).

La même opinion a été soutenue par M. Nepveu à la Société de Biologie dans la séance du 8 mars 1884, à propos d'un cas dont il a fait l'examen dans le service de M. Verneuil.

Mais, en somme, l'accord est bien près de se faire quant à l'origine de l'épithélium.

M. Malassez le fait venir des débris du cordon du follicule dentaire, et M. Magitot du follicule même. Donc la différence ne subsiste réellement que pour ce qui se passe ensuite au sujet de cet épithélium. M. Malassez pense qu'il forme à lui seul la cavité kystique, par création d'une cavité centrale dont le contenu repousse peu à peu l'enveloppe épithéliale, laquelle se développe au fur et à mesure. M. Magitot croit, au contraire, que la cavité se forme par soulèvement de la membrane alvéolo-dentaire et que l'épithélium se borne à la tapisser. L'épithélium jouerait donc le rôle principal dans la théorie de M. Malassez et, au contraire, un rôle tout à fait secondaire dans la théorie de M. Magitot.

Reprenons donc les arguments employés par les partisans de deux théories et voyons s'il est possible actuellement d'adopte l'une plutôt que l'autre.

« Il n'y a pas de périoste, il n'y a qu'un ligament alvéolo dentaire, » dit M. Malassez.

M. Magitot a fait sur ce point une concession en reconnaissant que la membrane qu'il avait décrite sous le nom de périoste dentaire, et au sujet de laquelle il avait d'ailleurs fait des réserves, n'était pas un périoste analogue à celui qui recouvre la face externe des os.

Qu'importent les noms de ligament, membrane..... périostique ? Les racines sont entourées d'un tissu fibreux qui les unit aux alvéoles ; dans une théorie comme dans l'autre, ce tissu est considéré comme formant la paroi externe du kyste.

« La membrane, ou le ligament alvéolo-dentaire, ne représente nullement le sac folliculaire. »

Cette origine du tissu qui entoure les racines adultes est évidemment nécessaire dans la théorie périostale; elle explique la présence, sur sa face interne, de vestiges, de débris épithéliaux provenant de l'organe de l'émail (Broca). Or M. Malassez la conteste sans argument. Cependant on se demande ce que deviendrait la paroi fibreuse du follicule, si elle ne formait la membrane alvéolo-dentaire. D'autre part, quelle origine donnerait-on à celle-ci ? On peut donc croire, jusqu'à preuve du contraire, que le tissu fibrocelluleux interalvéolo-dentaire représente les vestiges du sac folliculaire.

« Entre le ligament et la racine il n'existe pas de cellule épithéliale. »

Il peut se faire en effet que cette existence ne soit point normale ; les vestiges épithéliaux de l'organe adamantin, chapeau, aussi bien que cordon, disparaissant peu à peu. Mais on conçoit très bien qu'exceptionnellement de tels débris puissent exister. M. Magitot soutient qu'ils persistent pendant toute la vie.

« Au contraire les débris épithéliaux du cordon persistent tout autour des racines. »

Nous admettons en effet avec M. Malassez que ces débris. destinés à disparaître peuvent bien subsister exceptionnellement. de même que nous reconnaissons avec M. Magitot que les vestiges de l'organe adamantin peuvent persister pendant longtemps. Mais il faudrait prouver que, longtemps après l'évolution de l'organe, les débris du cordon subsistent et restent en rapport de contiguité, tout au moins de proximité, avec la racine. Sans cette proximité, on comprend bien qu'ils déterminent un épithélioma térebrant, mais on comprend moins bien, malgré les raisons spécieuses de M. Malassez, qu'ils puissent former un kyste appendu à la dent. En outre, si ces débris persistent réellement tout autour de la racine, comment expliquer la localisation presque constante du kyste au sommet, et si petit que soit le kyste ?

Il faut bien le reconnaître, des recherches anatomiques restent encore à faire sur ces points. Celles, remarquables d'ailleurs, de M. Malassez, faites de l'aveu même de leur auteur en vue d'une *théorie préconçue*, auraient également besoin d'être confirmées.

Alors même que ces notions anatomiques seraient bien établies, il leur manquerait encore pour servir d'argument en faveur de l'une ou de l'autre théorie, la connaissance approfondie de la pathogénie du kyste.

A l'heure actuelle, on ignore absolument la succession des phénomènes qui se passent dans sa production, s'il débute par le bourgeonnement de l'épithélium, ou si celui-ci ne survient que postérieurement à la formation de la paroi kystique. M. Malassez l'a d'ailleurs parfaitement compris en écrivant ces lignes : « Il me faudrait encore expliquer le mode de formation des parois et celui du contenu kystique, il me faudrait aussi rechercher la cause de l'inflammation qui, dans ces kystes... s'est localisée à l'extrémité de la racine de la dent et a engendré ces diverses néoformations... » Ces divers points, laissés de coté, s'accomoderaient bien mal de la théorie épithéliale.

En tous cas, la présence de l'épithélium, qui était regardée comme une objection capitale à la théorie périostale, a reçu au contraire avec celle-ci une explication très satisfaisante. Des restes d'épithélium adamantin, justement en rapport avec la couche interne du tissu alvéolo-dentaire, deviendraient les points de départ d'une prolifération pathologique. Ils expliquent la présence de l'épithélium intra-kystique, bien mieux assurément que les débris du cordon (*gubernaculum dentis*) avec lequel la paroi folliculaire, devenue plus tard radiculaire, a perdu tout rapport.

La théorie épithéliale voit donc ainsi refuté son argument principal contre la théorie périostale.

Nous ne faisons que mentionner comme moins plausibles, d'autres explications de la couche épithéliale : la genèse d'emblée, la prolifération de l'épithélium gingival, de l'endothélium vasculaire (Aguilhon).

L'auteur de cette dernière théorie admet que la paroi kystique est de nouvelle formation et peut être comparée aux parois d'enkystement qui se produisent autour des corps étrangers. Quant à l'épithélium, il suppose qu'il doit provenir de l'endothélium des nombreux vaisseaux qui se rendent à l'extrémité de la dent. « Mais, dit M. Malassez, une telle filiation ne paraît pas vraisemblable ; en effet, les endothéliums et les épitheliums, tout en étant les uns et les autres des éléments de revêtement, semblent être d'une espèce tout à fait différente, et l'on ne conçoit pas comment un endothélium vasculaire qui est un élément adulte et bien caractérisé puisse engendrer un élément d'un type aussi différent qu'un épithélium évoluant dans le sens malpighien ou adamantin. »

D'un autre côté, le mode de formation du kyste se comprend mieux avec la théorie périostale et va nous fournir en sa faveur de puissants arguments.

(*a*) La théorie épithéliale donne comme point de départ les débris épithéliaux qui se trouveraient tout autour de la racine; le kyste-

devrait alors être plus fréquemment latéral que terminal. « Comment donc expliquer la localisation presque constante de l'affection au sommet? »

M. Malassez soutient, il est vrai, que les kystes sont tantôt sur le côté, tantôt au sommet de la racine. Mais cette distinction ne nous paraît point fondée, car les dentistes ne rencontrent jamais de kystes latéraux.

(*b*) Avec la théorie épithéliale, qui fait débuter le kyste loin de la racine, il faut admettre qu'une fois formée la tumeur repousse devant elle, use et détruit tout ce qui la sépare de la dent.

« Comment le kyste peut-il venir se mettre en contact avec la racine s'il se forme à une certaine distance? »

A cela, M. Malassez, répond que le kyste se développe de préférence dans le sens où la résistance est la moins grande, c'est-à-dire entre les faisceaux du ligament dentaire et qu'il arrive ainsi à se mettre en contact aussi bien avec la racine qu'avec l'alvéole; une fois arrivé en contact avec la dent, il refoule la paroi osseuse moins résistante, tandis qu'il s'accole à la racine.

Nous trouvons bien hypothétique ce chemin parcouru de l'extrémité des débris du cordon épithélial à la surface radiculaire. En outre, il nous semble qu'un kyste apparu sur les confins de la paroi alvéolaire, dans l'os même, aurait plus de facilité à se développer de ce côté, à perforer la coque osseuse, si mince en général, que d'émigrer vers la dent en dissociant les fibres très serrées du ligament alvéolo-dentaire et en les détruisant au niveau de leurs insertions sur la racine. Est-ce que dans bien d'autres régions du corps nous ne voyons pas les collections liquides à marche croissante fuser entre l'os et le périoste, le long des insertions musculaires en ligamenteuses, plutôt que de détruire celles-ci?

(*c*) On reconnaît que le kyste contracte avec la racine des adhérences tellement solides, qu'on ne peut l'en séparer pendant l'extraction et qu'il vient avec la dent.

Pourquoi adhère-t-il plus à la dent qu'à l'os? pourquoi, pendant l'extraction, ne reste-t-il pas accolé à la loge qu'il s'est creusée dans le maxillaire?

Ceci ne s'explique pas très bien avec la théorie de M. Malassez. En effet, si le kyste se développe primitivement dans l'os lui-même, là où se trouvent les débris du cordon épithélial, il devrait y contracter dès le début des adhérences, encore accrues dans la suite par le travail d'ostéite chronique qu'il provoque. Ajoutons que ces adhérences sont bien plus étendues du côté de l'os que du côté de la racine dentaire. Si l'on compare la collerette du kyste au reste de sa paroi, on peut dire que les adhérences osseuses sont cinquante, cent, deux cents fois plus étendues que les adhérences dentaires; néanmoins, ces dernières l'emportent et le kyste vient avec la dent.

La réponse est plus facile avec la théorie de M. Magitot. En

effet, le périoste, ou la membrane périradiculaire, est au début de l'affection, décollée à l'extrémité de la racine, formant une sorte de petite ampoule dont la circonférence adhère toujours à la racine. Au fur et à mesure que la poche se développe, l'adhérence de la collerette à la racine augmente encore avec l'épaisseur des produits inflammatoires, et jamais il n'y a de solution de continuité au niveau de cette collerette ; la paroi kystique se continue donc sans interruption avec la membrane périradiculaire jusqu'au collet de la dent, et lorsqu'on extrait celle-ci, le kyste suit naturellement la membrane péridentaire dont il fait partie. Les adhérences radiculaires sont plus solides que les adhérences alvéolaires, car à un moment donné la dent est ébranlée, non aux dépens des insertions ligamenteuses qui se font à sa surface, mais de celles de la paroi alvéolaire.

(*d*) La cause n'est pas douteuse dans une théorie comme dans l'autre ; le kyste est toujours en rapport avec une dent cariée.

« Quelle relation existe-t-il entre la carie et la production kystique ? »

La carie, répond M. Malassez, est la cause irritante qui comme un choc sur la dent, un coup sur la face, provoque le développement de la masse épithéliale paradentaire et son évolution kystique. — Cette explication nous semble bien insuffisante.

D'abord, il importe de distinguer le degré de la carie, car certaines formes n'ont jamais de retentissement sur les racines. Pour les autres, il est possible de les préciser et d'établir le lien direct, immédiat, qui rattache à la carie le développement du kyste. Comme simple cause irritante vague, il faudrait plutôt invoquer ici la carie avec irritation de la pulpe en souffrance, forme qui s'accompagne précisément de douleurs iradiées, de phénomènes congestifs dans les organes voisins (œil, oreille, etc.)

Mais alors ce n'est pas sur une seule masse épithéliale qu'elle retentirait, ce serait sur toutes celles qui peuvent entourer l'organe malade.

Or le kyste ne se rencontre pas avec des dents ayant encore leur pulpe en totalité ou en partie ; on ne le trouve que dans les cas où la carie pénétrante a entièrement détruit cette partie, et il est toujours *isolé*, toujours localisé au sommet d'une dent atteinte d'une semblable lésion.

(*e*) Pour M. Malassez, le liquide kystique se produirait spontanément au sein de la masse épithéliale, par sécrétion, par dégénérescence colloïde des cellules centrales...

Il se produirait là ce qui se passe pour la genèse des autres kystes, ceux de l'ovaire par exemple, si bien étudiés par M Malassez. Mais peut-être pourrait-on reprocher à ce savant anatomiste d'avoir abusé de l'analogie, et, pour notre part, nous ne croyons pas que son hypothèse soit suffisamment justifiée ; elle

nous satisfait en tous cas beaucoup moins que l'explication donnée en s'appuyant sur la théorie de M. Magitot.

D'après cette théorie, que nous appellerions volontiers fibreuse, pour tenir compte des différences constatées entre la membrane péridentaire et le périoste ordinaire, la production kystique se rattache à l'inflammation de la membrane ou ligament alvéolo-dentaire. Une dent, atteinte de carie pénétrante, est obstruée avant que la cavité soit complètement séchée, guérie, ou bien, par suite d'un traumatisme, une dent est atteinte de périostite du sommet de la racine. Le processus inflammatoire aboutit à la formation, entre la racine et la membrane alvéolo-dentaire, d'un épanchement séro-sanguinolent ou purulent. Le liquide ne pouvant s'écouler par la racine dentaire obstruée, et, n'étant pas résorbé, se collecte en soulevant le capuchon fibreux qui coiffe le sommet de la racine, et sa présence irrite l'épithélium adamantin ; le kyste est ébauché.

La production de liquide et d'épithélium continuant sous l'influence de l'irritation, que rien n'arrête, le kyste s'agrandit par dilatation de son enveloppe fibreuse, laquelle peut, en outre, s'hypertrophier, s'épaissir.

On sait que la membrane alvéolo-dentaire, peu adhérente dans le fond de l'alvéole, à l'entrée du faisceau vasculo-nerveux, contracte ensuite des adhérences très solides avec l'os, plus solides encore avec la dent. Sur le corps de la racine, ces adhérences sont telles, que les liquides, ne pouvant les rompre pour fuser et venir sourdre au collet, refoulent, usent, perforent le tissu, plutôt que de se vider le long de la face externe de la racine, ce qui s'explique bien avec la disposition des faisceaux ligamenteux décrits par M. Malassez. Mais au sommet, tout en restant par continuité intimement uni à la partie adhérente, le capuchon terminal se laisse facilement décoller, soulever.

Ces conditions anatomiques expliquent très bien :

1° Le point de départ du kyste et ses rapports intimes avec la racine ; il naît là où nous le trouvons, et nous n'avons pas à invoquer une migration plus ou moins hypothétique ;

2° La localisation des kystes au sommet des racines au seul point où la membrane alvéolo-dentaire puisse se laisser décoller ;

3° L'adhérence des kystes à la racine. Le kyste vient avec la dent pendant l'extraction, comme vient normalement la membrane au ligament alvéolo-dentaire, qui est moins adhérente à l'os qu'à la dent. Lorsqu'il se rompt, ce qui arrive rarement, la rupture a lieu au pôle opposé au point d'insertion, à l'endroit où la membrane est le moins épaisse.

En rattachant les kystes à la production inflammatoire d'un liquide aux dépens de la face radiculaire de la membrane alvéolo-dentaire, on comprend très bien la relation qui existe entre leur mode de formation et leur cause reconnue, *la carie*. Celle-ci ne

sert que de *porte d'entrée* aux agents qui vont déterminer l'inflammation de la membrane et nous n'avons pas à insister sur ce point, suffisamment établi.

Cette explication étiologique rend si bien compte des faits, qu'elle permet de prévoir le cas où aura lieu la production kystique. Celle-ci se manifeste, en effet, avec la carie pénétrante compliquée de périostite chronique du sommet avec suintement. Dans ces conditions, l'obturation intentionnelle de la carie, l'obstruction du canal, sa fermeture par des altérations cémentaires au pourtour du sommet, assurent la rétention du liquide. C'est l'arrêt du suintement qui détermine la formation du kyste. Il n'y a pas de kyste sur des racines ouvertes. Cela est si vrai, que les dentistes provoquent, pour ainsi dire, à volonté, des kystes, en obturant certaines dents et les guérissent au contraire à leur début en rétablissant la perméabilité du canal dentaire.

Ces faits cliniques que l'on pourrait citer par centaines, par milliers, représentent donc en quelque sorte la production artificielle de la maladie. Quelle preuve peut-on exiger de plus d'une théorie pathogénique ?

Voyons, à propos du mode de formation, les arguments fournis contre ces preuves, par la théorie épithéliale. « On confond le kyste avec l'abcès dentaire, le mode de formation invoqué ne s'applique qu'à ce dernier. »

Les descriptions des auteurs, ainsi que nous l'avons nous même fait ressortir (voir *la Gazette des Hôpitaux*, 1er, 6 octobre 1885) ne permettent point de distinguer nettement un abcès d'un kyste radiculaire.

Si les auteurs les ont confondus, c'est qu'en effet ils dérivent du même processus, de l'inflammation de la membrane alvéolo-dentaire; dans un cas, l'exsudation est séreuse, dans l'autre purulente.

Ce qui prouve d'ailleurs la commune origine des deux affections, c'est la transformation d'un abcs en kyste.

Voici un exemple de la production, pour ainsi dire volontaire, d'un kyste : nous obturons en juillet 1886 une dent qui avait pendant longtemps fourni un suintement. Celui-ci parut plusieurs fois tari, et à chaque fois on avait essayé l'occlusion ; mais il fallait bientôt l'enlever. Une dernière fois, on la pratique, et le malade parti en vacances est perdu de vue pendant plusieurs mois. Après l'obturation le suintement, qui n'était pas tari, donna lieu à la production d'un kyste, reconnu à l'extraction pratiquée en novembre dernier.

Ce fait est à rapprocher de celui de M. Magitot : trois obturations furent pratiquées avec drainage sur une dent atteinte de carie pénétrante avec suintement chronique; aucun accident ne s'en suivit. Une quatrième obturation, pratiquée avec oblitération du canal dentaire alors qu'on croyait le suintement tari définitivement, fut l'origine du kyste.

On pourrait rassembler un grand nombre de faits analogues. Or ici il n'y a pas de doute que la membrane alvéolo-dentaire,

n'ait été primitivement atteinte, et que la rétention du liquide n'ait déterminé la production kystique.

Rien ne paraît donc constituer un argument sérieux contre le mode de formation soutenu par les partisans de la théorie fibreuse. Les meilleures raisons cliniques sont au contraire en sa faveur. Telle est l'opinion des dentistes qui mieux que les médecins et les chirurgiens, ont l'occasion de vérifier chaque jour ces notions de pathogénie. Leur conviction à cet égard est si profonde, que quelques-uns n'hésitent pas à considérer la théorie épithéliale comme une œuvre de pure imagination, à laquelle il serait actuellement insensé de se rallier. Ajoutons que cette conviction est encore généralement partagée par les chirurgiens les plus compétents.

Au moment de donner le bon à tirer de cet article, déjà publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, nous venons de lire une critique qu'en a faite M. le docteur Galippe dans le *Journal des Connaissances Médicales*.

Nous ne répondrons pas aux arguments... de notre confrère; son esprit de journaliste et son talent d'histologiste ne nous ont pas convaincu.

Il est un reproche cependant que nous ne pouvons passer sous silence, c'est celui qui a trait à la priorité de la théorie épithéliale. M. Galippe prétend que nous avons commis une erreur en attribuant à M. Verneuil une découverte qui appartiendrait en propre à M. Malassez, et que ce point d'histoire scientifique est parfaitement établi.

Or ce point n'a nullement été élucidé en ce sens, dans la discussion qui a eu lieu à la Société de biologie entre MM. Magitot et Malassez De plus M. Galippe aurait pu lire dans un livre récent sur la matière, celui de M. Kirmisson (1), dont la compétence vaut bien la sienne, le passage suivant : « En résumé donc, si par une excellente étude, M. Magitot a appelé l'attention sur les kystes alvéolo-dentaires ou kystes des racines, c'est à M. Verneuil qu'appartient l'honneur d'avoir le premier donné la pathogénie véritable de cette variété de kystes, pathogénie qui vient de recevoir des recherches anatomo-pathologiques de M. Malassez, une éclatante confirmation. »

Et puisque M. Gallippe annonce une suite à son article, nous le prions de vouloir bien répondre, en s'appuyant sur la théorie

---

(1) *Manuel de pathologie externe*, p. 631, 1885.

épithéliale, aux questions suivantes de pratique, posées dans le nôtre :

1° Pourquoi les dentistes font-ils naître des kystes, pour ainsi-dire, à volonté, en obturant des caries compliquées de périostite, chronique avec suintement ?

2° Pourquoi le kyste est-il toujours au sommet de la racine ?

3° Pourquoi n'y en a-t-il jamais qu'un seul, alors que toute la racine serait entourée de masses épithéliales paradentaires ?

Nous partageons donc absolument à cet égard l'opinion de notre maître M. Magitot, dont nous rappellerons en terminant les remarquables conclusions qu'il soumettait récemment au deuxième congrès français de chirurgie.

1° Tout kyste *dit périostique, péri* ou *paradentaire*, a pour point d'origine exclusif et invariable le sommet de la racine d'une dent; pour cause, une lésion antérieure et parfois lointaine de l'organe, et pour agent direct, une production inflammatoire de liquide soulevant la couche des tissus ligamenteux, circonscrivant le sommet radiculaire resté libre dans la cavité.

2° Ce mécanisme est commun aux abcès sous-périotiques et aux kystes, la différence dans le processus dépendant exclusivement de l'intensité inflammatoire et de la nature du produit pathologique, purulent dans le premier cas, séreux dans le second.

3° Dans certaines conditions assez fréquentes d'une périostite chronique du sommet avec suintement s'écoulant au dehors par le canal dentaire et une carie pénétrante, la rétention du liquide, réalisée par l'occlusion de la carie, amène la formation, soit de l'abcès, soit d'un kyste, circonstances qui réprésentent en réalité des faits de production artificielle de la maladie.

4° Il n'existe aucun fait clinique, ni aucune pièce anatomo-pathologique qui établisse l'origine d'un kyste de cette variété dans les débris épithéliaux, soit intra-osseux, soit inclus dans l'épaisseur du ligament ; le terme de *kyste paradentaire* est donc inexact

5° La présence d'un épithélium à la face interne de la paroi d'un kyste, est suffisamment établie par la nature de cette paroi qui n'est autre que l'enveloppe du sac folliculaire devenu périoste ou ligament alvéolaire et qui, pendant sa période folliculaire, est pourvu, comme on sait, d'un révêtement épithélial dont elle conserve des vestiges jusqu'à l'âge adulte

Si formelles et si absolues que puissent paraître ces propositions, nous n'hésitons pas à les reproduire de nouveau, avec la certitude qu'elles ne peuvent être démenties.

HYGIÈNE INDUSTRIELLE

INSPECTION DENTAIRE DANS LES USINES D'ALLUMETTES CHIMIQUES

PAR M. P. DUBOIS.

(*Suite.*) (1)

L'INDUSTRIE DES ALLUMETTES AUTREFOIS ET AUJOURD'HUI

Le nombre des affections d'origine phosphorée va en diminuant, cela est notoire, pour tout observateur qui fréquente les services de chirurgie de nos hôpitaux. Nous ne pouvons appuyer cette assertion d'un relevé statistique, mais cela n'est pas moins évident.

Il y a quelques années, les sujets atteints de nécrose phosphorée étaient beaucoup plus nombreux qu'actuellement. Un vieil ouvrier nous contait récemment, qu'il avait vu jusqu'à 17 de ses camarades malades en même temps. Du reste, cettte diminution sera corroborée par les divers renseignements que nous donnons plus loin.

L'intéressante thèse de M. Trélat, à laquelle nous avons déjà fait de si nombreux emprunts, nous fournira encore quelques données, sur le nombre relatif des nécrosés, sur la gravité de leur maladie pendant la période 1840-1857.

Sous l'influence des vapeurs phosphorées, au moins quarante et un ouvriers, depuis douze ans, ont été frappés de la nécrose des maxillaires à Paris.

Comme le nombre des ouvriers occupés à la fabrication des allumettes, est de 1,500 que les deux tiers (nous devrions dire les trois quarts), soit mille, ne fréquentent pas les ateliers de trempe et de mise en boîtes, il reste 500 ouvriers exposés, 41 malades sur 500 ouvriers, c'est un malade sur 12,5. Ce chiffre est effrayant; nous le croyons un peu trop élevé, il y a probablement plus de 500 ouvriers exposés. (Loc. cit. p. 21).

Non seulement le nombre des ouvriers frappés était relativement considérable, mais la maladie avait plus souvent qu'aujourd'hui des conséquences funestes.

La statistique de M. Trèlat porte sur 71 cas.

De ces 71 malades, 28 sont guéris, 8 sont en traîtement, 3 ont été perdus de vue, 23 ont succombé aux suites de leurs nécroses.

En réunissant cette dernière donnée avec celle qui résulte des tableaux de Bibra et Geist, on arrive à formuler cette conclusion statistique : que les malades frappés de nécrose des deux mâchoires fournissent un mort sur 2; pour la mâchoire supérieure, 1 mort sur 3; pour l'inférieure, 1 mort sur 4.

En résumé, 1 mort sur 3.

---

(1) Voir *Odontologie*, août 1880, p. 331.

L'âge moyen de 52 malades sur 53 était de 22 à 23 ans. La moyenne du temps de travail. au bout duquel la nécrose s'esa révélée par ses premiers symptômes est de 5 ans environ.

Il résulte de ces documents que la maladie était rapidement contractée, qu'elle était fréquemment meurtrière.

Cela s'explique, par les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les ouvriers de cette industrie sous l'empire de la fabrication libre.

Les malheureux qui l'exerçaient, ignoraient, patrons et ouvrierss la cause de leur mal, les précautions les plus élémentaires étaient négligées par eux.

Les nécessités de la lutte industrielle, l'insuffisance des capitaux, leur interdisaient les améliorations matérielles, qui les auraient placés dans un milieu moins pernicieux.

Les malades se recrutaient principalement dans les petits ateliers Lallier le faisait observer.

Ce sont surtout les petites fabriques et la fabrication clandestine qui exposent le plus les ouvriers, à cause de la promiscuité du travail. (Trélat, loc. cit. p. 20).

La fabrication des allumettes se faisait dans de véritables tannières, dans des chambres sans air ni jour, servant à l'habitation, aux repas, au coucher. Des misérables se livraient à ce travail qui faisait pour ainsi dire tomber leur visage en lambeaux. (Dr Napias Hygiène Industrielle.)

Il est probable que ces conditions étaient modifiées, même avant la création du monopole. Mais son établissement a eu, au point de vue qui nous occupe, une influence bienfaisante. A ces tannières dont parle M. de Napias, on a substitué de vastes usines aérées. De larges baies y assurent une ventilation constante. De plus, les ateliers où on manipule le phosphore sont aménagés de manière à produire un appel d'air continu, les murs sont doubles et séparés l'un de l'autre, le mur intérieur faisant l'office d'un manteau de cheminée, sous leqnel sont attirées les lourdes vapeurs phosphorées (le phosphore ayant une densité de 4, 3).

La préparation des pâtes qui se faisait à l'air libre se fait actuellement grâce à un ingénieux appareil en vase clos.

Le trempage qui fournissait un fort contingent de nécroses, s'opère maintenant mécaniquement. Les pâtes ainsi que les cadres remplis d'allumettes, sont enfermés dans une cage vitrée ouverte seulement à ses deux extrémités.

Le dégarnissage des cadres s'exécute aussi sans qu'il y ait manipulation constante comme autrefois.

L'action de la térébenthine diminuant la nocuïté du phosphore, des pots en contenant sont disséminés dans les ateliers et les vapeurs térébenthinées diffusées dans l'air, atténuent l'action malfaisante des vapeurs phosphorées.

A ces modifications dans les locaux et dans l'outillage, s'adjoignent d'autres mesures sur la tenue des ouvriers.

Tous les ouvriers et ouvrières des ateliers insalubres doivent revêtir à leur entrée dans l'atelier un tablier-blouse de travail. Cela préserve les vêtements personnels, des poussières et débris d'allumettes contenant toujours quelque peu de phosphore et empêche qu'ils ne soient portés au domicile. On a interdit de prendre les repas dans les ateliers.

Enfin on oblige tout le personnel à une visite buccale.

Toutes ces mesures sont à l'honneur de la Compagnie concessionnaire du monopole.

Ces dernières, d'application récente, n'ont pu porter tous leurs fruits et nous ne pouvons dès maintenant connaître exactement leurs conséquences. Mais on ne peut qu'en augurer de bons résultats.

D'après les renseignements que nous avons pu rassembler il ne s'est produit dans les usines de Paris de la Compagnie Générale que dix cas de nécrose depuis son établissement en 1875. Sur presque tous, nous avons pu recueillir des informations ; elles sont consignées plus loin. En examinant les dates, la durée du travail, l'époque des accidents, on se convainc que, pour la plupart, on doit imputer la nécrose au travail dans les anciens ateliers. On ne peut établir avec exactitude le chiffre du passif de la fabrication actuelle ; mais, en consultant nos observations, on se convaincra, comme nous, que le chiffre 5 est supérieur à la réalité. On est loin du chiffre donné par M. Trélat.

Sur 418 ouvriers que nous avons examinés, 250 ouvriers travaillent dans les ateliers insalubres, et si l'on admet que, depuis onze ans, ce personnel se soit renouvelé quatre fois, soit par suite de roulement dans l'intérieur de l'usine, soit par suite de renvois, départs et remplacements, on arrive au chiffre total de 1,000 individus employés pendant une durée moyenne de trois années. Or, cinq nécroses phosphorées pour 1,000 individus cela fait 1 sur 200.

Il y a trente ans, M. Trélat disait 1 sur 12,5. On voit la différence. Nos chiffres peuvent être doublés, triplés, et l'on aura encore une amélioration considérable sur l'ancien état de choses.

Nous ne connaissons qu'un décès sur ces dix atteints du mal chimique, la proportion mortalité s'abaisse aussi.

Enfin, la gravité des accidents est atténuée. Ainsi, l'un des nécrosés observés a eu une atteinte du mal chimique en 1885. (Observation VII). L'altération s'étendit au plancher du sinus maxillaire. Le malade fut operé par M. Péan, et actuellement la muqueuse a oblitéré la perforation ; le sinus est protégé par de la gencive, et nous sommes en présence d'un alcoolique.

Un autre que nous observons a eu une atteinte à la mâchoire inférieure ; les séquestres limités s'éliminèrent d'eux-mêmes. Cette mâchoire inférieure est maintenant absolument saine. Depuis, le maxillaire supérieur montre un point de nécrose ; mais nous sommes convaincus que la mutilation ne sera pas très étendue. (Observation VIII.) Plusieurs autres montrent aussi

des lésions limitées. Il est donc évident que la proportion des nécroses phosphorées s'abaisse, que la gravité de l'altération s'amoindrit.

L'inspection dentaire dans les usines d'allumettes inaugure une nouvelle période. Il sera enfin possible de dresser le bilan sanitaire de l'industrie des allumettes. Si malheureusement nous avons à enregistrer dans l'avenir d'autres atteintes du mal chimique, il sera plus facile que par le passé d'en discerner les causes, de les combattre. Quoi qu'il en soit, on peut raisonnablement espérer que cette période sera encore moins chargée que la précédente.

État des dents et de la bouche chez les ouvriers des usines d'allumettes chimiques.

Quoique la constatation de l'état de la bouche chez les ouvriers qui nous occupent, soit des plus importantes, pour décider sur les questions de pathogénie et de prophylaxie de la nécrose phosphorée, on n'avait pu jusqu'ici l'établir avec une netteté suffisante. On a vu plus haut les différences des auteurs à cet égard. Nous pensons que notre enquête dissipera quelques obscurités.

Cette enquête, nous avons pu la faire dans des conditions, avec des éléments qui n'étaient pas à la disposition de nos devanciers. La concentration de la fabrication ; la précision du diagnostic différentiel des altérations dentaires, des stades de la carie, permettent mieux que jamais de discerner l'action des vapeurs phosphorées sur les tissus dentaires. Ultérieurement le rôle des dents dans la production de la nécrose phosphorée en sera mieux déterminé.

Nous ne pouvons traiter actuellement que le premier point, espérons qu'il nous sera donné de faire plus tard, quelque lumière sur le second. N'ayant pas d'idées préconçues sur la matière, nous avons observé, rassemblé des faits pour leur demander l'enseignement positif qui s'en déduit.

Si nous avons cru devoir faire des réserves sur la théorie pathogénique de M. Magitot, nous n'en avons pas moins pensé qu'il y avait avantage à en accepter provisoirement les conclusions. L'hygiène ne pouvait qu'y gagner. La présence ou l'absence de caries pénétrantes a donc servi à établir les catégories.

Les différents degrés dans l'état bon ou mauvais de la bouche furent établis selon les règles suivantes :

1° Note. Bon. — Bouches saines sans caries. (Certaines parce que plusieurs dents avaient été extraites) ou avec caries superficielles, n'atteignant pas la cavité pulpaire. Une seule carie pénétrante, une racine suffisait pour ranger dans la deuxième catégorie.

2e Note. Réservé avec l'addition « *bon* ». — Bouches avec une ou peu de dents ayant la pulpe à découvert ou détruite, racines n'ayant pas causé de désordres étendus, gingivite simple, etc.

3e Note. Réservé. — Bouches avec caries pénétrantes, racines en assez grand nombre, gingivite, accumulation de tartre.

4e Note. Mauvais. — Bouches en très mauvais état, fongosités, ébranlement des dents et surtout fistules gingivales et cutanées. Celles-ci furent mentionnées spécialement sur les notes individuelles. Ces notes mentionnent aussî l'âge, l'ancienneté du travail dans l'industrie des allumettes chimiques et l'état de la bouche qu'un schema reproduisant l'arcade dentaire permet de consulter si besoin en est.

418 ouvriers furent examinés, sur ce nombre 228 sont employés à des travaux suspectés de déterminer la nécrose phosphorée (129 au paquetage, 76 au dégarnissage, 20 au trempage et séchage et 3 au laboratoire).

Sur le nombre total de 418 :

149 eurent la note *Bon.*
114 — — *Réservé (bon).*
109 — — *Réservé.*
51 — — *Mauvais.*

Nous avouerons que notre surprise fut grande, en rencontrant dans ce milieu un aussi grand nombre d'individus ayant la bouche en si bon état.

Comment croire si on ne l'a constaté par des faits nombreux que les vapeurs phosphorées qui imprègnent tout l'individu, et lui donnent cette haleine spéciale frappent seulement les maxillaires et pas les dents. Pourtant l'acide phosphorique attaque les tissus dentaires nous l'avons expérimenté. (Des coupes de dents placées dans une dilution d'acide phosphorique glacial montrent après quelques heures un ivoire ramolli, un émail craquelé) il faut donc croire que ce n'est pas de l'acide phosphorique qu'exhalent les ouvriers travaillant les produits phosphorés.

Sur 418 individus 149 plus d'un tiers furent trouvés bons c'est-à-dire sans aucune carie pénétrante. Il est vrai que de ce nombre on doit défalquer certains examinés auxquels manquaient une ou plusieurs dents. Mais la plupart sont des jeunes filles ou des jeunes femmes ayant toutes ou presque toutes leurs dents. Nous nous attendions à trouver des caries du collet en grand nombre, un émail désagrégé, un ivoire ramolli, des caries molles et à grande surface. Rien de tout cela. La sonde pénétrait parfois dans des caries superficielles, mais ces caries n'avaient pas la physionomie des caries à marche rapide. Beaucoup qui eurent la note réservé bon ont aussi de fort bonnes dents. Le chiffre 149 est donc trop faible pour montrer la proportion vraie d'ouvriers et d'ouvrières avec de bonnes dents.

Non-seulement la statistique ci-dessus prouve qu'il n'y a pas action corrosive des vapeurs phosphorées mais aussi l'examen d'individus travaillant depuis longtemps aux allumettes, ainsi que de ceux qui ont été atteints par le mal chimique. Quelques exemples tirés de nos registres d'observation.

Lemmer Christine, 26 ans, travaille aux allumettes depuis 11 ans, pas de carie pénétrante.

Hée Anna, 26 ans, travaille aux allumettes depuis 14 ans, pas de carie pénétrante.

Gillet, 35 ans, travaille aux allumettes depuis 20 ans, pas de carie pénétrante.

Gondolf, 62 ans, travaille au laboratoire, a été trempeur, a travaillé pendant 42 ans, dans l'industrie des allumettes, a toutes ses dents et sans aucune carie pénétrante, l'émail est dur, un peu de gingivite simple, un peu de tartre, mais on ne peut invoquer une origine spécifique pour ce léger désordre.

L'examen des dents restantes chez les nécrosés, vient à l'appui des observations précédentes.

Mme Lang, 44 ans, a été opérée deux fois pour une nécrose phosphorée, l'apophyse montante droite du maxillaire supérieur fut enlevée, le plancher de l'orbite est en partie détruit, les dents de la mâchoire supérieure sont absentes, celles de l'inférieure restent, pas une seule n'est affectée de carie perforante, l'émail et la dentine en sont durs, il n'y a pas de résorption alvéolaire, pas de gingivite, pas de tartre.

Il en est de même pour Mme Leprosnier.

Nous pourrions multiplier les exemples. On trouvera que ceux-ci suffisent pour déterminer la conviction : *Les vapeurs phosphorées n'ont pas d'action spécifique corrosive sur les tissus durs de la dent.*

Amènent-elles des désordres gingivaux, une production exagérée de tartre ? Notre attention a porté aussi sur ces points. Le tartre n'est pas plus abondant sur les ouvriers qui travaillent aux allumettes chimiques, que sur les autres individus.

La gencive n'a pas non plus d'apparences d'inflammation. Sauf pour les individus en imminence de nécrose, on n'observe ni tuméfaction, ni fongosités localisées ou étendues. La congestion gingivale qui se voit assez souvent dans la clientèle est fort rare et ce qui nous a frappé c'est, l'opposé, la décoloration, la pâleur des muqueuse ; on est en présence de tissus anémiés.

Y a-t-il anemie locale et primitive ou anémie secondaire ? nous ne saurions l'établir, quoique la seconde hypothèse paraîtra la plus probable.

REPRODUCTION EN CIRE COLORÉE DES PIÈCES PATHOLOGIQUES ET ANORMALES DE LA CAVITÉ BUCCALE

Par ALF. POIRIER

(Chef du laboratoire de prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris.

— Communication à la Société d'Odontologie de Paris).

Seance du 21 decembre 1886

Les procédés employés jusqu'à ce jour pour reproduire les anomalies de la bouche, ses difformités consécutives à certaines maladies ou accidents, ses états morbides : abcès, fistules, chancres, aphtes, gingivites, etc., permettent d'obtenir, par un moulage au plâtre, des modèles dans lesquels les proportions sont aussi fidèlement respectées que possible, mais qui n'offrent, dans la plupart des cas, ni la clarté, ni la netteté nécessaires pour éveiller une idée complète de l'affection de l'organe représenté.

C'est afin de combler cette lacune, que j'ai entrepris les recherches dont j'ai l'honneur de vous présenter les résultats.

Les pièces anatomiques moulées en cire colorée parlent à l'esprit par leur fidélité de reproduction, leurs teintes fines imitant parfaitement les tissus. Je me suis attaché à rendre vivants mes modèles et à trouver une méthode qui puisse facilement être employée par tous les dentistes et qui soit aussi économique que possible.

Les spécimens que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen m'ont paru présenter des qualités suffisantes pour que je juge le moment venu de les faire connaître; ils sont les résultats de mes premiers essais sur les moulages en cire et sont, bien certainement, sujets à perfectionnements ; je suis convaincu que les applications que vous ferez de mon procédé vous conduiront à des améliorations sérieuses, que je serai le plus heureux d'enregistrer. De mon côté, je considère ma méthode comme ayant seulement franchi sa période de début et je m'efforcerai de lui faire faire de sensibles progrès.

Mes débuts ont été assez pénibles, car cette partie était absolument neuve pour moi. Si je vous demande, Messieurs, de vous exposer les diverses phases de mes expériences et d'entrer dans certains détails oiseux en apparence, c'est que je crois que mes tâtonnements peuvent être utiles à ceux qui voudront poursuivre cette étude.

Nous avons, à priori, divisé notre travail en deux parties ; 1° La coulée des dents, 2° la coulée des gencives, du palais, etc.

Mais quelle matière employer pour prendre les empreintes : Dans une empreinte au plâtre, l'adhérence de la cire déformait le modèle ; la gélatine, qui fond à une température moins élevée

que la cire, ne pouvait être choisie; l'adhérence m'a fait rejeter également le godiva le sable, la terre... enfin, après de nombreux essais infructueux, j'ai eu l'idée d'employer le mastic de vitrier, qui donne les empreintes d'une finesse irréprochable sans le moindre retrait.

Comme il me fallait des dents blanches et des gencives roses, j'ai d'abord coulé les premières dans mon moule en mastic, puis, curieux d'examiner le résultat obtenu, j'ai retiré ce premier bloc du moule en déformant ce dernier, plutôt que de faire la moindre pression sur la pièce en cire. J'ai constaté alors que les dents sont parfaites de formes et nécessitent peu de retouche.

Ayant pris une nouvelle empreinte, j'y ai introduit mes dents, sur lesquelles j'y ai versé de la cire rose.

Le produit de cette double coulée était de dimensions exactes, les dents se détachaient parfaitement des gencives. C'était un résultat encourageant, car il dépassait tout ce qui avait été tenté en ce genre.

Je m'étais servi, pour cette première épreuve, de cires blanche et rose provenant de bougies empruntées à mes candélabres; mais les dents étaient beaucoup plus blanches que les dents naturelles et les gencives d'un rouge trop vif. Tel est le modèle n° 1. De plus, ce bloc manquait de ce brillant-mouillé particulier à l'émail des dents et aux parties de la bouche humectées par la salive.

Je me suis donc appliqué à trouver un vernis qui adhère à la cire et lui donne cette apparence d'humidité.

Le vernis-sandaraque remplit à merveille cette condition.

J'ai ensuite cherché à donner aux dents et aux autres parties de la bouche leurs teintes naturelles. De la poudre rouge d'aniline enveloppée de toile et plongée dans la cire vierge fondue, m'a fourni une série de tons du rose le plus tendre au rouge le plus vif. Je me suis arrêté à ceux qui convenaient. De même la terre de sienne m'a donné un blanc d'ivoire semblable à la teinte des dents.

Restait à imiter le tartre, les racines, les caries, les veinules qui sillonnent la voûte palatine, les fistules, les aphtes et toutes les colorations des tissus pathologiques.

J'ai composé des couleurs essentielles, des aquarelles, mais aucune d'elles ne prenait sur la cire; j'ai trouvé enfin une aquarelle au miel que j'ai appliquée sur le vernis-sandaraque au moment précis où, étant presque sec, il sert de fixateur, à l'instar du vernis des dorures.

Pour obtenir cette transparence qui fait que lorsqu'on fixe une gencive, il semble que le regard pénètre des couches profondes donnant aux chairs des reflets plus ou moins roses et même blanchâtres, surtout à la voûte palatine, j'ai imaginé de superposer plusieurs couches de cire de nuances différentes ; à cet effet, après avoir obtenu le bloc des dents, ainsi que j'ai dit précédemment, j'ai, dans la seconde empreinte, versé vivement de la cire rose-

clair très chaude en inclinant rapidement mon moule en tous sens, de manière à fixer sur toutes ses surfaces une couche mince et égale; puis, j'ai reversé l'excédent de cire dans la capsule.

Prenant ensuite de la cire plus foncée dane les mêmes conditions de chaleur, j'en ai déposé une couche fine sur la précédente, en ayant soin d'en mettre une plus grande épaisseur aux endroits ou une légère inflammation existe. Les veinules peuvent alors être tracées sur la voûte palatine avec un petit pinceau imbibé d'une aquarelle au miel.

L'effet de transparence est obtenu.

Pour donner à mes modèles une charpente solide et une grande résistance aux températures élevées de l'été, et afin de diminuer en même temps leur prix de revient assez important, lorsqu'ils sont tout en cire, j'ai achevé de remplir avec du plâtre bien liquide, qui augmente encore la transparence, surtout au palais, où j'ai eu soin d'amincir plus qu'ailleurs le deux couches de cire.

Il ne reste plus, Messieurs, qu'à parer la pièce au moyen du vernis et des aquarelles.

Afin d'éviter au moule la moindre déformation pouvant provenir des mouvements qu'il est nécessaire de lui imprimer, dans le but d'obtenir de petites épaisseurs et une répartition de cire appropriées, nous le fixons dans une enveloppe circulaire en tôle.

J'ai constaté avec une vive satisfaction que mes modèles achevés au plâtre ont leurs dimensions rigoureusement égales à celles du modèle-type en plâtre, et qu'un appareil s'appliquant exactement sur celui-ci se pose aussi exactement sur celui-là.

Les modèles n°s 2, 3, 4, 5 ont été obtenus par ce procédé.

J'ai également reproduit un maxillaire inférieur tout en cire (modèle n° 6) dont je fais don au musée de l'Ecole.

Permettez-moi, Messieurs, d'exprimer, en terminant, l'espoir de voir tous nos confrères reproduire par le moyen si simple et si fidèle de la cire, toutes les affections qui peuvent intéresser notre art, et faire don à notre Ecole d'un exemplaire de leurs moulages, afin de former des collections anatomiques, dont la consultation aiderait au développement de l'art dentaire en France.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1886

Présidence de M. Poinsot, vice-président

I. Reproduction en cire des pièces anatomiques. — II. Présentation de couronnes fracturées et reconstituées. — III. Nouvelle substance pour empreintes. — IV. Porte meule pour le tour dentaire. — V. Cas de réimplantation avec nouvelle méthode de rétention de la dent réimplantée. — VI. L'anesthésie locale par la cocaïne. — VII. Présentation de pièces pathologiques. — VIII. Cas de névralgie faciale. — IX. Présentation de crânes gallo-romains. — X. La cautérisation indolore de la pulpe. — XI. Présentation d'un modèle montrant une perforation de la voûte palatine.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

M. Legret, secrétaire des séances donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion qui est adopté.

I. — *Reproduction en cire des pièces anatomiques*

M. Poirier présente à la société des moulages en cire de pièces anatomiques de différentes couleurs, il fait cadeau au musée de l'école de plusieurs pièces des mieux réussies et joint à sa présentation la communication de son procédé.

Après quelques questions auxquelles M. Poirier donne parfaite satisfaction, la réunion adresse de sincères remerciements à l'auteur de la présentation. (Cette communication est publiée dans le corps du journal.)

II. — *Présentation de couronnes fracturées et reconstituées*

M. Prevel présente une jeune malade sur laquelle il a expérimenté un nouveau système de dents à pivot. La présentation est accompagnée d'une note explicative. M. Prevel donne de plus au musée de l'école une pièce en ivoire sur laquelle il a établi une dent à pivot de son système. (Cette communication sera publiée dans le prochain numéro.)

M. Dubois. — Notre collègue M. Prével a bien voulu me montrer un de ses patients, auquel il a reconstitué, par un morceau de dent minérale, la partie latérale d'une grande incisive. La destruction de la pulpe permit de se servir du canal comme moyen de fixation du morceau de dent minérale qui fut placé.

Au lieu de sectionner la couronne et de faire une dent à pivot, ou de reformer la partie manquante à l'aide de l'or ou d'une autre substance obturatrice, M. Prevel préféra ajuster un fragment de dent minérale supporté par une petite tige pénétrant dans le canal dentaire.

Comme pour les moitiés d'incisive que nous avons sous les yeux un appendice fixé à la partie postérieure de la plaquette lui donna un moyen de fixation supplémentaire. Le mérite de ces travaux délicats est dans l'exécution. Celle-ci était parfaite et

seul l'examen buccal à l'aide du miroir, pouvait déceler la reconstitution.

On a souvent discuté les mérites respectifs des matières obturatrices, lorsqu'il y a une perte de substance étendue sur une fac labiale. Je crois qu'on ne peut faire mieux qu'en employant un fragment de dent minérale. Bien exécuté comme sur le patient de M. Prevel, on ne diminue pas la force masticatrice, on ne fatigue pas les attaches radiculaires, on ne sacrifie que peu du tissu de la dent, on lui laisse une apparence narurelle qu'aucune matière obturatrice n'assure au même degré.

M. Poinsot. — Souhaite la généralisation du système.

Des remerciements et des félicitations sont votés à M. Prevel.

III. — *Nouvelles substances pour empreintes*

M. Bertin.—Messieurs, dans la séance de la Société d'Odontologie du 23 juin dernier, j'ai eu l'honneur de vous présenter une nouvelle matière pour prendre les empreintes, pouvant remplacer avantageusement le Godiva et le Stent. Pour répondre aux bons conseils de MM. Poinsot, Lemerle, Poirier et Debray, je me suis appliqué à des essais multiples et après de laborieuses recherches, je suis parvenu à trouver ce qui manquait à mon produit pour le rendre d'une utilité incontestable, je veux parler de sa « non friabilité ».

Vous aurez donc l'avantage de trouver en France un produit que jusqu'à présent, l'on a été obligé de chercher ailleurs.

Il possède tous les avantages du Godiva, il est sans retrait, mélangé à ce dernier il le bonifie, de plus, il est moins coûteux. Les propriétés physiques de mon produit sont: absorption de la chaleur, isolateur.

Au point de vue chimique, il est à ajouter, qu'aucune acide, qu'aucune base, qu'aucun sel minéral, n'entre dans sa constitution.

Les produits organiques qui en sont la base ne présentent aucun inconvénient au point de vue toxicologique. Il est antiseptique. Le temps ne lui fait subir aucune altération. Il n'y a donc aucun danger à s'en servir.

Messieurs, si je me suis étendu sur les propriétés physiques et chimiques, c'est que je réponds à une objection qui m'a été faite à ce sujet. L'on est certain d'avoir sous la main un produit sain et inaltérable, qualités précieuses sur lesquelles j'appelle votre attention, les empreintes pouvant se garder indéfiniment par ce procédé.

M. Godon. — La composition en a-t-elle été donnée, si non je ne pense pas qu'en tant que société scientifique nous puissions patronner un produit sans en connaître la formule.

M. Poinsot. — Vous auriez même la formule qu'il vous resterait à trouver le tour de main.

M. Godon. — Je ne demande pas la formule, du produit pour en faire, attendu que je me sers presque exclusivement du plâtre,

mais seulement parce que j'estime que nous devons, comme les autres sociétés scientifiques, éviter tout ce qui pourrait avoir l'air d'un patronnage commercial.

M. Dechaux. — Vous allez fermer la porte à beaucoup de présentations du même genre.

M. le Dr Aguilhon de Sarran — Il faut distinguer entre le remède et l'instrument et l'Académie qui évite avec le plus grand soin de donner son patronage aux premiers, met dans ses procès-verbaux : Présentation de tel ou tel instrument.

M. Blocman. — La substance en question est un instrument pour nous et non un remède.

M. Chauvin. — La présentation porte que cette composition ne renferme ni substance caustique, ni substance vénéneuse, mais si elle en renfermait?

M. Aguilhou de Sarran.— Vous n'avez fait aucune objection pour le plâtre de M. Vallin.

M. Godon. — Je demande une règle, jusqu'ici il n'y en a pas, il est utile d'être fixé sur la conduite à tenir dans des cas semblables.

M.Poinsot. — Jusqu'ici la règle a été observée.

IV. — Porte-meule pour le tour dentaire,

M. Heide. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un petit appendice au tour dentaire, qui, je l'espère, pourra rendre quelques services.

C'est un porte-meule et si besoin est, porte-brosse, pouvant s'adapter à la partie terminale de l'arbre, à l'opposé de la pièce à main.

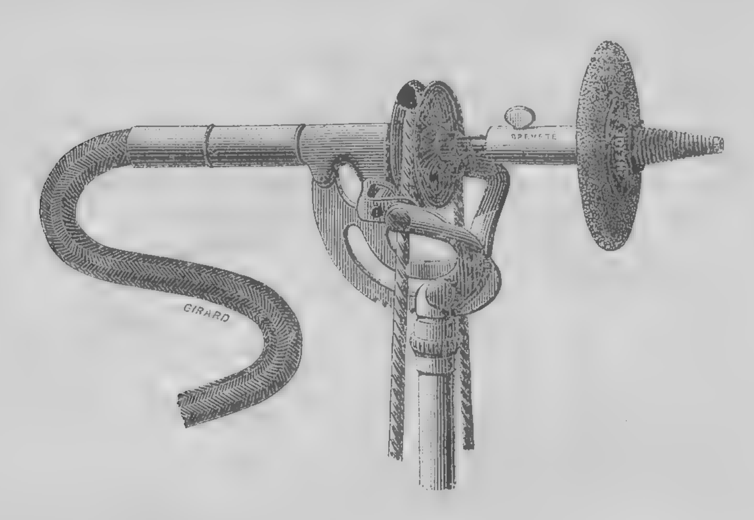
Le tour d'atelier dans le cabinet d'opération a de nombreux inconvénients, il tient de la place, complique notre outillage, et coûte un prix relativement élevé. Bien des praticiens préfèrent aller meuler une dent à leur atelier quand la pose d'un appareil le rend nécessaire plutôt que d'ajouter ce meuble-outil à l'arsenal du cabinet d'opérations.

De là, une perte de temps regrettable. J'ai cherché à obvier à cet inconvénient en combinant ce petit porte-meule.

Il peut se placer sur tous les tours dentaires sans entraver leur marche. Une vis le fixe, il porte à volonté une meule pour user une dent trop longue, pour faciliter l'articulation, pour repasser un outil ébréché rugine, ciseau émail, son emploi sera des plus utiles.

A la portée de l'opérateur, à sa disposition constante, il est, je crois un adjuvant pour tout cabinet d'opérations, en épargnant le temps de l'opérateur, en simplifiant notre outillage.

Le modèle que je vous présente a été établi sur mes données par MM. Contenau et Godart.



V. — *Cas de réimplantation avec nouvelle méthode de rétention de la dent réimplantée.*

M. Heide. — Messieurs, je désire vous soumettre un cas de réimplantation pour lequel j'ai employé un moyen de rétention de la dent réimplantée dont je dois la connaissance au D[r] Herbst. (Cette communication sera publiée dans le prochain n°.)

VI. — *L'anesthésie locale par la cocaïne.*

M. Viau lit la note suivante sur l'anesthésie locale par les injections sous muqueuses de cocaïne et d'acide phénique.

Dans ma dernière communication sur l'anesthésie locale obtenue par des injections de *cocaïne et d'acide phénique mélangés* je disais l'importance que j'attribue à la stérilisation de l'aiguille qui a servi à l'injection. Il me semblait déjà à ce moment, que de flamber l'aiguille à une flamme de lampe à alcool, était le moyen le plus simple et le plus certain. Ce procédé présentait un inconvénient, car j'ai mis hors d'usage plusieurs aiguilles que la flamme avait oxydées en un instant. J'eus donc l'idée de prier MM. Contenau et Godart, de me construire des aiguilles en platine irridié. Vous savez que cet alliage a la curieuse propriété de durcir et de devenir plus rigide chaque fois qu'il est recuit. Ces messieurs, comme vous le savez, sont très familiarisés dans les travaux de cet alliage; l'année dernière ils nous ont déjà présenté des sondes pour les canaux, qui nous rendent de précieux services. Dans ce cas particulier, ce que je demandais était d'une fabrication beaucoup plus difficile, et ce n'est qu'après de nombreux essais qu'ils sont parvenus à faire des aiguilles *en platine irridié* qui sont, comme vous le voyez, aussi

fines de diamètre que les aiguilles les plus fines en acier. Celle que je vous présente m'a servi plusieurs fois déjà et après chaque opération, je l'ai rougie à la flamme.

En employant cette aiguille je trouve deux avantages très importants:

1° Je suis certain d'avoir un instrument toujours parfaitement stérilisé.

2° Comme les aiguilles très fines en acier sont très cassantes, malgré le prix forcément plus élevé de cet instrument, une économie, étant donné que ce métal est infiniment moins cassant que l'acier, — ce qui permet de les faire plus longues.

Depuis le 29 septembre, j'ai opéré 176 sujets. Je me suis invariablement servi pour opérer mes 50 premiers patients, d'une dose de 5 centigr. de chlorydrate de cocaïne dissoute dans 50 centigr. (1[2 seringue) de solution phéniquée (2 0[0). Depuis, j'ai graduellement diminué la dose de ces deux substances, et je continue à obtenir des résultats également satisfaisants. Depuis mon 157e cas (j'en suis actuellement au 176e) je n'ai plus que très rarement employé 50 centigr. de solution. Je varie entre 30 et 40, et plus souvent 30 centigr. (c'est-à-dire au maximum le 1[3 de la contenance de la seringue de Pravaz). J'ai également diminué la dose de cocaïne avec 0,03 centigr. j'obtiens une parfaite anesthésie. Dans le cas de décollement de gencive, où je prévois de la perte de l'injection, j'augmente la dose à 0,04 centigr. et très rarement à 0,05.

Il me semble qu'il est surtout avantageux d'avoir diminué la quantité de liquide injectée sous la gencive. De cette façon, j'évite toujours l'ampoule

J'ajouterai que j'étais très intéressé de relever les cas d'accidents attribués à la cocaïne, et je me suis rendu compte qu'en réalité aucun accident n'est signalé comme ayant été produit par une dose de cocaïne analogue à celle que nous employons. Un de nos confrères a injecté dans la gencive d'un de ses amis 0.14 centigr. de cocaïne, et il lui a été impossible de remarquer le moindre trouble. Je me suis fait à moi-même une injection de 0,15 centigr. et je déclare n'avoir ressenti que le désagrément d'une profonde piqûre que je m'étais faite.

Le journal l'*Union pharmaceutique* relate, dans son numéro de décembre 1886, le cas d'un enfant de 18 mois auquel un médecin avait ordonné, pour des douleurs de première dentition, un sirop composé de :

15, sirop de guimauve et 0,50 centigr. de cocaïne. On devait frictionner les gencives de l'enfant. Celui-ci en jouant avale le contenu de la fiole; quelques instants après, il éprouva des phénomènes d'excitation surtout de l'appareil de la vision. Les parents, le médecin, le pharmacien étaient tous affolés à qui mieux mieux... Enfin l'enfant n'en est pas mort. On le fit vomir, le chroniqueur nous apprend que le soir l'enfant était beaucoup mieux, on lui fit

prendre une cuillerée de sirop de chloral et le lendemain il était tout à fait bien.

MM. Gillard, Papot, Chauvin, disent avoir obtenu les mêmes résultats avec des injections d'eau distillée.

M. Aguilhon. — Il y a 15 ou 16 ans que les injections d'eau sont employées en médecine.

M. Blocman. — On en donne dans les hôpitaux en guise de morphine aux malades qui abusent de ce poison.

M. Chauvin a fait des expériences avec de l'eau distillée, M. Aubeau a employé de l'eau phéniquée, mais M. Chauvin pense que l'eau distillée eût donné les mêmes résultats. MM. Chauvin et Ronnet font observer à M. Viau qu'ils n'ont pas obteuu les mêmes succès par l'emploi de la méthode préconisée par lui.

M. Vigier. — En faisant des injections plus ou moins fortes en cocaïne, vous produisez des intoxications.

Aujourd'hui, la valeur de la cocaïne est très discutée et son emploi n'est pas sans danger. Un médecin russe voulant faire une opération à l'anus, avait administré à son malade une solution de 24 grains avec cocaïne, l'absorption se produisit rapidement et le malade mourut.

M. Poinsot, demande à M. Vigier la forme des cristaux de cocaïne ou de chlorhydrate de cocaïne.

Les cocaïnes produites par les pharmaciens sont de provenances diverses.

M. Vigier.— Elle est cristallisée, mais très hygométrique, par conséquent se déforme vite.

VII. — Présentation de pièces pathologiques

M. Poinsot donne lecture d'une lettre de M. Cazeaux de Dunkerque qui envoie à l'école des dents pathologiques avec notes explicatives.

1° — Une multicuspidée inférieure de gauche la 1re (dent de 6 ans), dont nous trouvons une anomalie de forme en augmentation du nombre des racines qui est porté à 3; donc 1 racine supplémentaire. Le côté latéral externe indique par son bord fuyant, que c'est bien une molaire du bas.

Mon père a extrait ladite dent à un jeune homme de 20 ans, bien portant et n'ayant jamais subi que des affections passagères.

2° — Une prémolaire retrouvée parmi la collection de dents que mon père a extraites et qui possède une anomalie de volume portant sur la racine me paraissant d'une grandeur excédant la normale. Ladite dent est une bicuspidée supérieure gauche.

3°. — Une 1re grosse molaire inférieure, gauche également, sur laquelle une tumeur s'est développée entre les racines et sur le périoste de ces dernières.

Ce kyste étant très volumineux, m'a décidé à vous faire parvenir ce cas.

J'ai moi-même en extrayant cette dent trouvé ce kyste si gros, surtout étant gonflé par le pus (il atteignait environ la grosseur d'une

noisette) que je conçus immédiatement l'idée de vous l'envoyer quoique la dissécation l'ait notablement réduite.

La dent a appartenu à un jenne garçon de 14 ans qui souffrait terriblement.

4° Ce dernier cas, je crois est un des plus intéressants que l'on puisse rencontrer comme dents anormales.

C'est une racine ressemblant à un bonnet phrygien et que j'ai trouvée également dans la collection de mon père.

Elle a appartenu à une dame assez âgée et qui après avoir quitté cette dent à pivot qu'un dentiste lui avait posée, est venu trouver mon père pour s'en faire poser une autre sur plaque de vulcanite.

Malheureusement à cause du grand nombre d'années écoulées depuis que cette dame est venue voir mon père, je ne puis vous donner aucuns détails sur la personne.

A mon idée, on serait en présence soit d'une anomalie de forme très curieuse surtout pour une incisive ou bien cette racine est fortement atrophiée par une sécrétion lente et progressive formée à l'apex de la racine.

Pourtant l'idée première que j'ai émise serait plutôt vraie, attendu que le pivot étant très court démontre que la racine a toujours été de même.

VIII. — *Cas de névralgie faciale.*

M. Blocman cite un cas de névralgie faciale, occasionné par une dent parfaitement saine. La pression de la dent sur les antagonistes ne produisait aucune douleur, pas plus que le contact des liquides chauds et froids ; les mouvements des muscles de la joue seuls produisaient des douleurs intolérables. L'extraction, refusée par M. Blocman, fut faite, et les douleurs disparurent.

M. Wiesner a observé un cas semblable, il y a vingt ans. Il s'agissait d'une incisive centrale inférieure.

M. Poinsot. — Il faudrait examiner les racines et voir si la calcification n'est pas l'origine de ces douleurs.

M. Godon. — La calcification des canaux est, plus souvent qu'on ne le suppose, la cause d'accidents de ce genre.

M. Dubois. — Peut-être la position anormale de l'extrémité de la racine comprimant un filet nerveux est la cause du désordre.

IX. — *Présentation de crânes gallo-romains.*

M. Dubois.—Messieurs, jai l'honneur de vous présenter quelques crânes et quelques maxillaires d'origine gallo-romaine, que je dois à l'obligeance de MM. Caron et Lemaignen, sur les terres desquels ils ont été trouvés. (Cette communication sera insérée dans le prochain numéro.)

X. — *La cautérisation indolore de la pulpe*

M. Dubois. — J'aurais voulu vous présenter aujourd'hui quelques considérations sur l'association de l'atropine et de la napelline pour produire la dévitalisation de la pulpe.

Dans les expériences que j'ai fait faire à la clinique de l'Ecole, et dans ma clientèle j'ai toujours obtenu une cautérisation absolument indolente. Si vous le voulez bien, je vous entretiendrai de cette question à une prochaine séance. Mais j'ai pensé devoir vous en dire un mot dès ce soir.

XI. — *Présentation de pièces pathologiques.*

M. Dubois. Le docteur David a reçu de M. Bonnefon, dentiste à Lisbonne, un modèle auquel est joint une observation intéressante de perforation de la voute palatine. Le modèle est offert au musée de l'Ecole.

Des remerciements sont votés.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le secrétaire-général,
G. BLOCMAN.

REVUE DE L'ÉTRANGER

TRAITEMENT CONSERVATEUR DE LA PULPE

Rapport présenté à la 25e assemblée générale annuelle des dentistes Allemands.

PAR OTTO WALKHOFF

Traduit et résumé par M. TOUCHARD.

L'auteur expose tout d'abord à son auditoire les conquêtes de la médication antiseptique, les avantages du traitement conservateur, sa supériorité sur le traitement avec destruction de l'organe central, et dit :

« Ce rapport aura donc pour but de vous démontrer la possibilité et les avantages de la conservation d'une pulpe malade, de vous exposer les imperfections du traitement actuel, d'indiquer les conditions d'un traitement conservatif de la pulpe, et de vous communiquer mes propres observations à ce sujet.

« Un des bienfaits de la méthode antiseptique, ce fut d'abord la possibilité de conserver les pulpes accidentellement mises à nu. Jusqu'ici on ne le faisait, en général, que quand les pulpes étaient saines ou légèrement irritées, et dans ce cas on coiffait avec un antiseptique. Le traitement des pulpes malades s'appuie toujours, malgré les découvertes dernières, sur ce qui se faisait anciennement. Il consiste, comme on sait, dans l'extirpation partielle, ou plutôt complète, de la pulpe dès qu'il y a inflammation. Cela se fait pour les pulpes purulentes et gangréneuses et, sans doute,

c'est ce qu'on peut faire de mieux en pareil cas. Malheureusement, l'extirpation complète ne réussit que très rarement.

Pour peu qu'on ait étudié l'anatomie des dents, on ne peut s'empêcher de hausser les épaules, quand on entend affirmer la possibilité d'obturer, au moyen de l'or, jusqu'à la pointe de la racine et même n'importe quel endroit de la dent : même avec les instruments dont nous disposons aujourd'hui, c'est impossible. Et je ne parle pas ici des cas où la pulpe de la racine envoie dans la mâchoire de deux à cinq rameaux, entourés chacun de matière osseuse. Il est probable que, si on examinait au microscope chaque racine, après extirpation de la pulpe saine ou décomposée, il est probable, dis-je, que l'on trouverait des restes. Ajoutez à cela les complications provenant des denticules, des courbes, de l'étroitesse des canaux pulpaires, etc., qui souvent rendent presque illusoire l'extirpation des derniers restes de la pulpe. Percer le contenu des canaux pulpaires est assurément une chose excellente, au point de vue théorique, mais, dans la pratique, on y arrive rarement, même avec des forets flexibles ; et, en examinant les dents de plus près, on constate souvent qu'on a percé un trou à côté de la racine. Il n'y a pas chez nous d'opération où l'on se trompe plus aisément que dans les obturations des racines. Quant à l'obturation des canaux, elle est, pour ainsi dire, plus difficile encore que leur préparation. Si nous soumettions à une inspection oculaire tous les canaux que nous venons d'obturer dans une racine, il est certain que neuf sur dix d'entre eux nous offriraient de grandes sections privées de matière obturatrice. L'idéal d'une obturation de la racine serait l'occlusion hermétique de la cavité pulpaire vers le périoste, et jamais, pour ainsi dire, on ne l'atteint. En tous cas, la technologie de l'obturation des racines laisse encore à désirer, et s'il y a d'éminents praticiens qui, pour ce motif, n'obturent pas du tout les canaux des racines, ils ont raison, dans une certaine mesure. Toutefois, les obturations antiseptiques donnent de bons résultats, surtout avec les pulpes encore douées de vie, parce que, à mon sens, l'extraction de la pulpe a pour effet de laisser un espace aseptique. Lorsque la pulpe n'est pas infectée trop profondément, une matière obturante quelconque, telle que l'étain ou l'or, peut conserver la dent tout aussi bien que nos désinfectants les plus récents et les plus énergiques. Il en est tout autrement dans les pulpes purulentes ou gangréneuses. Dans ce cas, l'infection a atteint la pointe de la racine, ou même elle est allée au-delà, et alors il faut qu'un traitement spécial crée l'espace aseptique. Mais, pour des raisons anatomiques, c'est presque impossible. De ce fait, même en obturant ensuite la racine avec une matière antiseptique, nous avons bien plus d'insuccès avec les pulpes purulentes et gangréneuses qu'avec les pulpes atteintes d'inflammation que nous extrayons, et dont nous obturons immédiatement le canal. Et maintenant, demandons-nous si notre méthode, dans le traitement des pulpes atteintes d'inflammation, est absolument rationnelle, en supposant même que nous remplis-

sions dans la pratique toutes les conditions exigées par la théorie. Nous serons forcés de répondre : Non.

Tout d'abord, l'extraction ou la perforation de la pulpe est, pour le patient, une opération fort désagréable, en dépit de la cautérisation préalable. Il faut avoir soi-même passé par là pour comprendre quelles souffrances on endure. On en garde souvent pendant la vie entière nne aversion assez naturelle pour le traitement que doit recevoir une dent qui fait mal.

En second lieu, on détruit toute activité vitale dans la couronne, et aussi, en grande partie, dans la racine. C'est introduire un corps mort dans l'organisme vivant. Je ne m'étendrai pas ici sur l'utilité de la pulpe pour la dent, cela me mènerait trop loin. Je veux simplement vous rappeler la réaction du périoste sur le tissu mort après quelques années, le peu de résistance que de telles dents peuvent opposer à une nouvelle carie, leur changement de couleur, etc.

Tout dentiste reconnaîtra l'utilité de la pulpe. Je reviens maintenant au fait que j'ai signalé plus haut. J'ai dit que, à l'encontre de la chirurgie, qui cherche d'abord à conserver tout organe atteint d'inflammation, nous extirpons sur-le-champ toute pulpe qui se trouve dans ce cas. La thérapeutique dentaire, ici, n'est pas conservatrice, car c'est à peine si, d'après les idées du jour, on peut conserver une seule fois une pulpe atteinte d'inflammation.

Witzel a clairement établi, il y a quatre ans, le point de vue actuel : « Aussitôt qu'une pulpe malade a causé au patient plusieurs insomnies, il ne faut pas appliquer le traitement conservatif. »

Quelles raisons a-t-on apportées contre la conservation d'une pulpe atteinte d'inflammation ? D'abord il y aurait des raisons anatomiques s'opposant à la guérison de la pulpite. La pulpe, dit-on, est située dans une capsule solide et privée de vie ; par conséquent elle ne peut pas s'étendre. Le temps ne me permets pas non plus, malheureusement, de développer ici quelques théories. Soit dit en passant, ce n'est là qu'une pure hypothèse, dont personne n'a encore fourni la preuve anatomique. Je voudrais cependant faire remarquer que dans l'inflammation de la moelle nous nous trouvons en présence de faits analogues, et que, très souvent, la moelle peut être restituée intégralement. On ne peut pas dire, d'ailleurs, que la capsule en question est un corps mort. Aussi longtemps que la pulpe est vivante, l'os dentaire vit aussi ; il semble même que l'inflammation de la pulpe augmente la vitalité de l'os.

Autre objection encore. Il est difficile, dit-on, de contenir les matières infectées, au moyen d'un pansement antiseptique, capable en même temps de laisser un passage libre aux sécrétions. Personnellement, je dois avouer que je ne saisis pas pourquoi le traitement que nous employons avec succès pour les pulpes gangréneuses. ne vaut rien pour les pulpes atteintes d'inflammation

Là, cependant, nous avons à combattre la septicité à l'intérieur et à l'extérieur, au lieu qu'une pulpe atteinte d'inflammation par infection septique n'est d'abord infectée qu'à la surface. Il ne faut pas perdre de vue que la majorité des pulpites résulte d'une infection septique. Il a été démontré, du reste, que dès le troisième degré de la carie, sinon dès le deuxième, l'os dentaire renferme des bactéries en quantité. Par conséquent, si, dans une simple inflammation, nons arrivons à écarter la *cause* qui, dans ce cas, est l'infection septique superficielle, les *phénomènes* disparaîtront.

Nous avons à notre service d'excellents désinfectants, et il serait étonnant que nous ne puissions rendre aseptiques des parties du tissu relativement si petites. Enfin, je voudrais défendre contre Witzel le pansement avec de la ouate, dont nous nous servons généralement, car, bien appliqué, il est assurément susceptible de recueillir les sécrétions. Ainsi donc on réussira, selon moi, à conserver d'une manière durable même une pulpe malade, si on écarte les causes, c'est-à-dire surtout l'infection septique, si on arrête l'inflammation, si on recouvre le tissu vivant au moyen de substances non irritantes, et si on éloigne toute nouvelle cause d'inflammation.

L'inflammation simple de la pulpe se poursuit peu à peu avec infection progressive : elle gagne les couches profondes ; la pulpe sécrète un liquide clair ; enfin, il y a suppuration. Ces trois stades, le patient les marque de la manière suivante : Dans le premier, il éprouve une douleur persistante au contact de l'eau froide ; dans le second, c'est-à-dire la formation de l'exsudat, le chaud et le froid lui font mal ; au moment de la suppuration, le chaud seulement. Nous avons ainsi trois moments pour le diagnostic de chaque état de la pulpe.

J'ai dû entrer dans ces détails préliminaires afin de vous exposer clairement les conditions dans lesquelles est possible le traitement d'une pulpe malade. Les tentatives n'ont pas manqué dans les deux dernières années. Witzel lui-même, le principal représentant du système actuellement en honneur, à introduit dans sa méthode d'amputation de la pulpe un moyen pour conserver au moins une partie de l'organe. L'amputation a presque tous les inconvénients de l'extirpation que j'ai signalés plus haut, même en tenant compte de cet avantage que les tronçons de pulpe peuvent continuer de vivre, ainsi que l'a démontré Schlenken en 1880. Ce qui est réellement étonnant, c'est la vitalité énergique que possède la pulpe, malgré le traitement préalable à l'arsenic (dont il est pourtant impossible de calculer l'action pour qu'elle ne dépasse pas la pulpe de la racine), et bien que l'organe soit à moitié détruit.

C'est lors de l'introduction de l'iodoforme dans l'art dentaire que furent faites les premières tentatives pour conserver dans leur intégrité les pulpes atteintes d'inflammation. Je renvoie, pour mémoire, aux communications de Scheff, et surtout de Skoksborg. Malheureusement, elles ne furent pas accueillies avec toute la fa-

veur désirable. C'est que l'on ne croyait pas alors à un tel bouleversement dans le traitement ordinaire de la pulpe, bien que Schmidt eût annoncé en 1880 d'excellents résultats. Moi aussi je me prononce aujourd'hui pour le traitement des pulpes atteintes d'inflammation, car je m'appuie sur une expérience de trois ans gagnée dans le traitement de plusieurs centaines de ces pulpes. Ma tméthode diffère un peu de celles connues jusqu'ici, par rapport aux médicaments que j'emploie, mais le but reste le même.

Ici l'auteur donne une formule mal définie pour faire la pâte de coiffage. Nous reviendrons sur ce point quand nous serons mieux édifiés sur ses composés. (*Note du Tr.*)

De même que dans toute maladie le diagnostic exact est le point capital, de même la connaissance de l'état particulier d'une pulpe malade est caractéristique pour la thérapeutique et la pronostic. Les symptômes pour les trois stades de la pulpite ont été indiqués précédemment ; le mode de réaction en présence de l'injection d'eau chaude ou froide sera toujours pour nous le meilleur déterminant. Mais il ne faut pas négliger l'anamnésie. Elle peut confirmer essentiellement les résultats de l'exploration ou en montrer les erreurs. Le temps ne me permet pas de m'étendre sur ce sujet, et, d'ailleurs, la pratique seule peut l'apprendre. Je me bornerai à signaler ici les excellentes indications de Witzel. Une fois le diagnostic exactement déterminé, je procède à la préparation. Elle consiste dans l'application sur de la ouate d'une quantité aussi grande que possible de chlorphenol avec occlusion d'ouate et de mastic à l'iodoform. La cavité a d'abord été débarrassée le mieux possible de tous les détritus et de la dentine cariée susceptible d'être aisement enlevée. Cette première application ne doit pas être faite trop solidement. On la laisse de 2 à 3 jours. Au bout de ce temps, la douleur a généralement diminué ou même disparu complètement. Je préfère le chlorphenol aux autres préparations, parce qu'il est un désinfectant extrêmement énergique et pénétrant, et que, de plus, il a une action calmante. Cette dernière qualité se manifeste dans des cas où le patient a souffert pendant des semaines entières les plus vives douleurs : une simple application de chlorphenol le calme parfois en quelques minutes. Au bout de trois jours, on retire le pansement, on regarde si la première couche offre une coloration jaune, ce qui indiquerait suppuration, et, après avoir nettoyé de nouveau la cavité, on applique un nouveau pansement. Si, au bout de trois jours, le patient n'a pas ressenti de nouvelles douleurs, on peut coiffer la pulpe en toute confiance ; sinon, il faut renouveler le pansement. Mais dans l'immense majorité des cas, 2 ou 4 applications au plus suffisent pour qu'une pulpe atteinte d'inflammation soit, comme une pulpe saine, mise à nu et pour qu'elle ne réagisse que faiblement au contact de l'eau froide. Le succès dépend de la sûreté du diagnostic, d'une préparation satisfaisante et d'une propreté extrême dans la perforation de la cavité. Cette dernière opération doit être faite de telle sorte qu'à 1 millimètre du bord de la cavité il n'y

ait pas trace de substance cariée. Il faut surtout faire attention au bord du collet. Pour préparer ce dernier, j'emploie des rubans de métal longs et fins, formés par de minces fils d'argent qu'on a passés au laminoir En entourant le collet avec un de ces rubans, on peut donner à la fraise une direction sûre pour faire l'excavation, et on l'empêche de glisser et de pénétrer dans la gencive. Une fois la préparation achevée, on commence à coiffer la pulpe. On dessèche la cavité, puis on la lave avec du chlorphenol. On sèche de nouveau avec de l'amadou, puis, au moyen de tampons, plongés dans de la glycérine, on place avec précaution sur la pulpe une petite boule de Iodoformknorpel imbibée d'une solution concentrée de (1) gomme arabique, et on la presse au fond de la cavité. Je place par-dessus une mince couche de cément, et je termine l'obturation avec du cément ou de l'amalgame. Si la dent n'est obturée qu'avec du cément, on prie le patient de revenir dans trois mois, et à ce moment, on enlève la couche supérieure de cément, puis on obture avec de l'amalgame ou de l'or.

C'est par cette méthode très simple que je traite toutes les pulpes atteintes d'inflammation, et même, depuis quelque temps, les pulpes gangréneuses et purulentes.

Seulement, chez ces dernières, il faut attendre la fin de la sécrétion avant de les coiffer. Mais je ne conseillerai d'essayer d'abord ma méthode que sur les pulpes atteintes d'inflammations simples, car, malgré sa simplicité, elle exige dans les autres cas de la pratique et de l'expérience.

Si nous comparons cette méthode avec celles connues jusqu'ici nous remarquerons qu'elle offre des différences et des avantages essentiels. D'abord elle est bien moins douloureuse pour patient que l'extirpation ou l'amputation de la pulpe. Dès la première application, la souffrance, qui dure peut-être depuis des semaines, est complètement écartée, ou du moins réduite à un minimum, et le patient n'a plus à redouter l'emploi d'instruments tels que forets ou extracteurs de nerf. En outre, l'opération par laquelle nous coiffons la pulpe a pour but de conserver cette dernière, et les résultats en sont excellents. Lors de l'obturation définitive, j'ai presque toujours pu démontrer la vitalité de la pulpe coiffée 6 mois auparavant. Il est vrai que je dois ce succès, en grande partie, aux médicaments que j'emploie. La préparation doit avant tout déterminer la suppression de l'infection, et ici le chlorphenol rend d'excellents services. En effet, grâce au gaz de chlore qu'il contient, il pénètre dans les plus petites cavités et même dans les canalicules de la dentine inaccessibles aux liquides.

C'est précisément sur cette particularité que je voudrais appeler votre attention. Nos désinfectants doivent évidemment avoir d'autres propriétés que ceux des chirurgiens. Ceux-ci ont à traiter,

---

(1) A la solution de gomme arabique on ajoute quelques cristaux d'acide phénique ou de chlorphenol, pour en augmenter la cohésion, le degré de consistance.

en général, de grandes surfaces d'un accès facile ; nous, au contraire, nous avons à faire à de petites cavités, à des fins conduits que les désinfectants liquides ne peuvent atteindre qu'en partie, et à plus forte raison les désinfectants solides pulvérulents. Les désinfectants gazeux seront toujours préférables pour détruire l'infection septique d'une cavité pulpaire, surtout quand il y a gangrène. Aussi je me demande si l'adoption du sublimé, par exemple, marque un progrès si considérable attendu que ce désinfectant n'agit que par simple contact, et si nous ne reviendrons pas à un agent tel que l'acide phénique, lequel s'évapore peu à peu dans la cavité pulpaire et en rend le contenu aseptique. Pour coiffer la pulpe, j'emploie une substance organique, de nature assez semblable aux parois de la cavité pulpaire, avec addition d'iodoforme. Le iodoformknorpel doit servir d'intermédiaire entre la substance organique vivante et la substance inorganique. Je considère l'iodoforme comme le meilleur désinfectant à la surface des plaies saines, aussi ne saurais-je m'en passer.

La préparation entière, en sa qualité de corps mauvais conducteur de la chaleur, protège la pulpe contre les influences de la température extérieure. C'est là un point d'uue importance extrême, car, sans cela, le patient aurait toujours sa dent sensible, et l'irritation continue de la pulpe déterminerait bientôt une nouvelle inflammation.

J'arrive, en terminant, aux imperfections inséparables de toute méthode. Celle-ci n'a pas de succès, d'abord quand on s'est trompé dans le traitement préalable, c'est-à-dire quand on a coiffé la pulpe avant que la réaction au contact du chaud ou du froid ne soit devenue guère plus forte que sur une pulpe saine mise à nu, et avant qu'il n'y ait plus de sécrétion, en d'autres termes, avant le retrait de l'inflammation. Dans ce cas, le traitement échouera, en dépit de l'énorme pouvoir absorbant du iodoformknorpel. En second lieu, quand on a coiffé la pulpe sans prendre toutes les précautions nécessaires. Je dois, en outre, m'élever contre l'emploi des capsules métalliques, quelles qu'elles soient, car ainsi on ne fait que créer un collecteur de chaud et de froid plus nuisible qu'utile. Il faudrait tout au moins que les capsules fussent un corps mauvais conducteur, mais il vaudrait mieux ne pas s'en servir du tout. Enfin, il est absolument indispensable d'expliquer exactement au patient le mode de traitement et de lui faire remarquer que l'enveloppe provisoire devra être visitée au bout de quelque temps et remplacée par une obturation définitive, et que de là dépend la conservation de sa dent. Si les insuccès sont chose fort désagréable, j'ai toutefois à ma disposition un moyen qu'on ne peut employer avec l'ancienne méthode de traitement, je veux parler de la perforation. C'est là une opération précieuse, dans certains cas. J'ai appris à la connaître moi-même l'année dernière, dans la clinique de feu notre collègue Niemeyer, qui presque jamais n'employait le traitement antiseptique actuel, et qui pour-

tant arrivait en perforant immédiatement la dent du patient, à la conserver pendant des années.

Je dois enfin signaler un cas où ma méthode ne réussit pas en général, c'est quand il existe de grosses denticules dans la pulpe. Même après un quadruple pansement on n'obtient pas d'amélioration. Ici je commence la perforation du canal de la racine, j'obture ou je n'obture pas, ou j'emploie l'ancienne méthode, qui certes ne me donne pas de meilleurs résultats.

Messieurs, je vous ai exposé ma méthode, non pour discréditer l'ancienne, car je sais pertinemment qu'elle a donné parfois de très beaux résultats, mais pour montrer qu'il est possible d'en obtenir par d'autres moyens. Celle-ci ménage le patient et conserve la dent bien plus sûrement, puisque nous ne la tuons pas. Si nous comparons les deux méthodes entre elles, nous remarquerons que souvent nous avons fait en petit dans l'ancienne méthode ce que nous faisons en grand pour coiffer une pulpe. En effet, nous avons coiffé sans le savoir des restes plus ou moins considérables, tandis que nous voulons ici coiffer l'organe entier, en pleine connaissance de cause. C'est pourquoi, Messieurs, je vous prie de vouloir bien essayer ma méthode, et pour peu que vous en soyez aussi satisfaits que je l'ai été, j'aurais atteint le but que je me proposais.

LA PRÉPARATION DE L'OR MOU ET DE L'OR ADHESIF

Par M. T. Johnstone.

Traduit et résumé par le Dr P. Cartier.

L'auteur juge nécessaire de faire connaître à la profession quelques notions sur la préparationde l'or à aurifier.

« Les particules de l'or dit adhésif peuvent être unies entre elles avec une telle perfection que l'œil ne parviendra pas à en découvrir les points de jonction, mais il n'en est pas moins vrai que cette jonction s'est faite par soudure. Soudure et adhésion font deux. »

Les molécules de l'aluminium ou du zinc sont réunies entre elles par adhésion, mais leur mode d'adhérence n'est pas le même que celui du fer ou de l'or.

Bien peu de métaux sont doués de la propriété de se souder.

L'or a plus de propriétés qu'aucun autre métal. Sa malléabilité et sa ductilité dépassent celles de tout autre. On peut le comprimer, l'étirer, sa solidité résiste à tout.

Il est inaltérable tant à l'air qu'à l'eau à toute température, les acides ordinaires sont sans action sur lui, toutefois l'acide chlory-

drique le dissout aisément, l'agent actif dissolvant étant l'acide chlorydrique mis en liberté.

Il existe différents procédés d'affinage de l'or, mais c'est le suivant qu'on emploie le plus souvent lorsque l'or est allié à d'autre métaux.

L'alliage doit être exempt de toute impureté. Un aimant promené à travers les fragments attire toutes les parcelles de fer. S'il existe beaucoup d'argent dans la masse, on le dissout dans l'acide nitrique.

Le tout est alors transporté dans un récipient qui renferme une partie d'acide nitrique pour deux ou trois parties d'acide chlorydrique, on chauffe pour activer la dissolution, puis on filtre pour séparer le chlorure d'argent et l'on évapore le précipité jusqu'à siccité. Cette solution renferme les chlorures provenant des différents métaux qui composaient l'alliage, c'est de là qu'il s'agit maintenant de précipiter l'or.

Ces chlorures lavés plusieurs fois dans l'eau distillée, on ajoute une solution de sulfate de fer et l'on voit l'or se précipiter sous forme de poudre brune que l'or recueille dans un filtre bien lavé et séché.

On le fond ensuite dans un creuset avec le borax.

On emploie quelquefois l'acide oxalique au lieu du sulfate de fer, dans ce cas le précipité d'or est cristallisé.

Les particules de la matière sont disposées de telle sorte qu'elles présentent entre elles des espaces vides.

Ces espaces paraissent être occupés par la chaleur. C'est ainsi qu'en forgeant une pièce du fer, on la rend plus petite.

On peut en conclure que les molécules du métal ne se rapprocheraient pas dans un contact plus intime s'il n'existait pas entre elles des espaces vides.

En frappant à coups précipités sur une enclume un morceau de fer, on le porte au rouge. le brusque rapprochement des molécules du métal en chassant brusquement la chaleur latente.

Le métal privé par ce procédé de sa chaleur perd sa ductilité et devient dur et cassant.

Soumis de nouveau à la chaleur, ses molécules se dilatent et les interstices présentent un écartement en rapport avec le degré de chaleur qu'elles doivent supporter.

Le métal redevient mou, malléable et ductile.

C'est pour ce motif que nous recuisons l'or destiné à la fabrication des pièces du métal.

Par la réduction de l'or en feuilles, les molécules ont été comprimées et privées de leur chaleur latente.

C'est là ce qui le rend dense et dur et qui oblige de le recuire pour dilater ses interstices par la chaleur et donner à l'or en feuille la propriété de se souder.

Pour lui enlever cette propriété, il suffit de recouvrir la surface du métal pur avec une substance qui s'opposera à ce que les molécules se mettent directement en contact.

Le gaz ammoniaque est quelquefois employé pour cet usage, mais c'est la fleur de soufre qui répond le mieux à ce but. Celle-ci est moins vite mise en liberté.

Cependant l'or étant suffisamment chauffé, le soufre s'unit à l'oxygène et est mis en liberté sous forme d'acide sulfureux, laissant complètement pure la surface de l'or. L'or cristallisé a la propriété de se souder à un degré plus élevé de chaleur que l'or en feuille et c'est cette forme d'or qui a inspiré la première tentative de restauration.

(*Dental Cosmos*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA RÉGLEMENTATION ET LES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous aurons à examiner les différents projets soumis à l'approbation des Chambres, ainsi que les amendements qui pourront y être apportés.

Cet examen sera comme le comporte la gravité du sujet, aussi complet que possible.

Nous démontrerons qu'il n'est pas nécessaire de supprimer le libre exercice de notre profession, et qu'on ne peut défendre la réglementation, en invoquant l'intérêt général, celui de la santé publique. Mais avant de traiter la question à ce point de vue, nous jugeons utile d'aborder de suite ce qui nous touche directement : les effets de la réglementation sur les intérêts corporatifs.

Est il profitable pour les dentistes de rester profession libre ? Ou de devenir profession réglementée ?

Cela nous importe au premier chef. Nous ne séparons pas l'intérêt général de l'intérêt particulier. Ils concordent et c'est pour cela que nous sommes les partisans de la liberté.

Quelques-uns de nos confrères voient, dans une réglementation, un moyen de protéger leurs intérêts matériels. Ils espèrent, qu'il y a avantage à ce qu'elle ne s'exerce plus qu'entre dentistes ayant un minimum de savoir.

Ces préoccupations sont très défendables, et cet ordre d'idées ne nous est pas indifférent. Nous ne sommes pas des sectaires se passionnant pour des formules.

« *L'homme vit de bonne soupe et non de beau langage,* » dit Chrysale. Nous sommes de son avis. S'il nous était prouvé que la liberté d'exercice de l'art dentaire est vraiment contraire aux

intérêts légitimes de ceux qui l'exercent, on ne nous trouverait pas parmi ses défenseurs.

Nous avons déjà démontré, lors des précédentes tentatives de réglementation (1), que nos contradicteurs se laissent prendre à des apparences trompeuses.

Puisque les circonstances l'exigent, reprenons à nouveau l'étude sur ce sujet.

« *La réglementation limiterait la concurrence* », nous dira-t-on. C'est une erreur. L'exemple des pays étrangers, les conditions de la pratique, de la médecine, de la pharmacie le prouvent surabondamment.

La concurrence a-t-elle été limitée pour les médecins, malgré les années d'études, les frais considérables que demande l'obtention du diplôme exigé d'eux. Le capital travail que le titre de docteur en médecine représente, reçoit-il une rénumération suffisante ? Qu'on le demande à tous les médecins qui luttent avec leurs propres forces, sans fortune personnelle; qu'on le demande au médecin de campagne, à la plupart de ceux qui exercent dans les grandes villes. Pour certaines sociétés de secours mutuels le prix de la consultation ressort à un franc en moyenne, il en est même pour lesquelles il est descendu au-dessous. Pourrons nous espérer être plus fortunés. Qu'on veuille bien nous en dire les raisons.

Pour les pharmaciens, la situation n'est pas plus enviable.

M. le docteur Galippe nous en donne la preuve dans un excellent article publié dans les *Connaissances médicales*, article dans lequel il examine le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

« Si dans beaucoup de pays le pharmacien a son existence
» assurée, existence bien médiocre et bien précaire, combien en
» est-il qui, soit à Paris, soit en province, luttent péniblement
» contre la plus noire des miseres ? Que l'on interroge à ce sujet
» les inspecteurs des pharmacies ! J'en ai plus d'une fois le cœur
» serré en entendant leurs confidences ; j'ai appris par eux que
» tel ou tel de leurs anciens élèves ne gagnait même pas pour
» payer son terme, que tel autre n'arrivait à subvenir aux besoins
» de sa famille qu'au prix des sacrifices les plus durs.

» De part et d'autre on le voit la situation n'est pas brillante,
» la concurrence devient chaque jour plus âpre et plus cruelle. »

Dans une société démocratique comme la nôtre, l'étendue des études n'est pas un obstacle à l'entrée d'une carrière.

C'est une illusion de croire que la profession de dentiste serait moins largement recrutée parce que l'on établirait des exigences d'études et d'examen avant l'établissement.

Bien plus, non seulement la réglementation ne diminuerait pas la concurrence, mais au contraire, son premier effet serait de l'augmenter. C'est ce qui s'est passé en Angleterre quand les législa-

---

(1) *Odontologie*; novembre 1882, p. 401.

teurs de ce pays établirent le Dentist's Act. Ils édictèrent des dispositions transitoires aussi larges que le commandaient la justice et l'application du principe de non rétroactivité.

Ces dispositions transitoires profitèrent non seulement aux jeunes dentistes, mais encore à nombre d'individus se faisant passer pour tels. Il est fatal qu'il en soit ainsi, à moins que le gouvernement n'adopte l'idée de l'expropriation et de l'indemnité. Aussi, avant le Dentist's Act il y avait deux mille dentistes dans le Royaume-Uni, au jour de la mise en vigueur de la loi, il y en avait six mille. Plus de quatre mille dentistes improvisés avaient fait la déclaration *bona fide*, en se disant déjà engagés dans la pratique de l'art dentaire.

Voilà la première conséquence de la réglementation, et on voit qu'elle est contraire aux espérances de beaucoup de ses partisans.

Enfin, on déplore la concurrence des pseudo-dentistes, et on suppose que la réglementation nous en débarrasserait.

Les dentistes qui serrent dans un même tiroir leurs rasoirs, la pommade Philocome et une clef Garengeot, ceux qui ont un grand casque, ou seulement une superbe robe de chambre, ne nous gênent pas. Pas plus que celui qui, plus moderne, répond à chaque client comme ce dentiste dont nous parlait le regretté Paul Bert : « Vous avez de la chance, vous êtes chez le premier dentiste de la ville. »

Le dentiste, vieux style, ah ! chers confrères, ne le laissons pas partir sans quelques mots de regrets. Non seulement le pittoresque y perd, mais aussi vous-mêmes. Vous vous plaignez de sa concurrence, ingrats ! Combien de fois ne vous a-t-il pas envoyé des clients, — à moins qu'ils ne soient venus tout seuls parce qu'ils avaient assez de lui. Il fait contraste avec votre élégance de bon ton, il est comme les femmes laides pour les jolies, il sert de point de comparaison à votre avantage.

Dans dix ans, tous ceux qui voudront exercer notre profession seront aussi savants, aussi brillants opérateurs que vous-mêmes, et alors la concurrence vous sera vraiment difficile.

Laissez donc au jeu des intérêts, aux nécessités de la lutte pour la vie, au progrès, faire leur office. Et ne croyez pas que le pseudo-dentiste vous nuit; et même s'il en était ainsi un article de loi ne peut vous en débarrasser.

Paul Dubois.

MALHEUREUX INSTITUT

C'est le privilège des critiques spirituelles, d'exciter la mauvaise humeur de ceux qui les ont suscitées.

Entendre rire autour de soi, et être l'objet de ce rire est exaspérant, surtout pour ceux qui sont trop lourds pour répondre d la même manière.

Le journaliste qui nous a envoyé l'humoristique compte rendu que nous avons publié, sera bien surpris d'apprendre qu'on lui reproche d'avoir calomnié, en exprimant publiquement un sentiment de déception, dont nos irascibles confrères ont dû recueillir d'autres échos. Qu'ils l'avouent !

Il est facile de confondre les calomniateurs, il est facile de mettre le bon droit de son côté en montrant en quoi on a été victime « *d'inexactitudes voulues.* » C'est le vrai moyen de défense, mais il n'est pas à la portée de tout le monde.

Avant de prétendre châtier, il vaudrait mieux essayer de répondre.

MISCELLANEA

I. Une mort à la suite d'injection de cocaïne. — II. Gangrène spontanée de la lèvre inférieure. — Arrêt de développement des molaires.

UNE MORT A LA SUITE D'INJECTION DE COCAINE. — « Le 5/17 novembre, le professeur Kolomnine se décida à faire le grattage du rectum chez la femme Ch... ; mais, vu le mauvais état des organes, il voulut recourir à l'anesthésie locale par la cocaïne, comme étant la seule praticable dans le cas particulier.

« Le lendemain on injecta dans le rectum plus d'un gramme de cocaïne (24 grains) ; 20 à 30 minutes après l'opération, les premiers symptômes d'empoisonnement se déclarèrent. La malade avait déjà été transportée sur son lit. M. Kolomnine, appelé en toute hâte, et aidé par M. Souschinski, professeur de pharmacologie, tenta tous les moyens possibles pour sauver son opérée. Des injections sous-épidermiques d'éther, la respiration de nitrite d'amyle, conseillée par M. Souschinski, comme antidote de la cocaïne, la respiration artificielle, la trachéotomie pour introduction d'oxygène, des lavements avec des substances excitantes, tout fut essayé sans succès, et la malade succomba.

« En administrant cette dose énorme de cocaïne, le malheureux professeur s'était basé sur les indications de chirurgiens français, comme l'atteste le professeur Souschinski, auquel il avait lu ses notes.

. . . .

« Le professeur Souschinski, dans une lettre qui a paru aujourd'hui dans le journal *Nowosti*, explique l'erreur de son ami en disant que si les chirurgiens français se hasardent à donner des doses aussi grandes à leurs malades, c'est probablement parce qu'en France, grâce à l'absence de contrôle sur la vente des médicaments et aussi à cause de l'extrême cherté de la cocaïne, cet alcaloïde est falsifié et ne se trouve jamais à l'état de pureté. »

Nous avons cru devoir reproduire ce qui précède, mais nous ne pensons pas que le reproche adressé aux chirurgiens français soit justifié, car, à notre connaissance du moins, ils n'ont jamais préconisé

la cocaïne, administrée par la voie rectale, à la dose employée par le docteur Kolomnine.

Au dernier moment, nous apprenons que jeudi dernier a eu lieu une séance solennelle de la Société des médecins russes, fondée en commémoration de l'illustre Porgoff. Le président, M. le professeur Botkine, a commenté les causes du suicide du docteur Kolomnine, dans un discours dont tous les journanx russes donnent des résumés plus ou moins détaillés. Nous reproduisons les passages suivants de la version du *Nouveau Temps*, comme semblant se rapprocher le plus du texte du discours :

« A quel point Kolomnine était-il cependant coupable d'avoir introduit dans l'organisme de la malade la dose si considérable de 24 grains ? Quelque temps avant l'opération, il s'était informé auprès de M. le professeur Souschinsky sur les doses que l'on pouvait administrer. La réponse avait été que deux grains étaient le maximum.

« Kolomnine apporta les ouvrages traitant spécialement de la matière. On y constatait trente cas d'anesthésie par la cocaïne. Les quantités employées variaient entre 6 et 80 grains, il y avait même un cas de 96 grains. La majorité des cas se rapportait à la lithotritie. Kolomnine savait sans doute que la vessie dans laquelle on introduit cette quantité de cocaïne, n'a pas de propriété absorbante à l'état normal ; il était question cependant d'un cas de vessie malade sans qu'il y eût absorption.

M. le docteur Delafosse avait fait une opération analogue à celle de Kolomnine en employant 48 grains introduits dans le rectum, avec circonspection, puisqu'il n'avait usé que de la moitié, 24 grains, introduits par fractions.

« Il avait eu trop de confiance dans ce cas, et le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est le nombre insuffisant des précédents.

« D'ailleurs, notre confrère lui-même déclarait ne pas se sentir coupable comme opérateur, il s'accusait seulement comme thérapeute d'avoir faussement diagnostiqué un cas de tubercules, qui n'existait pas. Il disait que sans l'opération la malade ne serait pas morte. « Par moments, il me semble que je l'ai tuée », disait-il. (*Sem. Médicale.*)

GANGRÈNE SPONTANÉE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE. MORT AU BOUT DE 10 JOURS PAR EXTENSION DE LA GANGRÈNE A LA LÈVRE SUPÉRIEURE ET AUX JOUES. — Mme X..,, 23 ans, vue par le Dr J.-F.-Ph. Hers, le 21 juillet 1883. Elle gardait le lit depuis 3 semaines, se sentant de la fatigue et du malaise. Elle se plaignait de douleurs dans le cou, les mâchoires et la bouche ; elle s'était alitée à cause d'une sensation de chaleur et de la fatigue, elle appelait l'auteur à cause d'un changement de coloration de la lèvre inférieure accompagné de violentes douleurs au même niveau. Cette lèvre est tuméfiée et pendante. Le repli de la muqueuse qui s'étend entre la lèvre et la gencive et correspond aux 4 incisives du bas, forme la limite du changement de coloration. En avant il est limité par la ligne qui sépare la muqueuse de l'épiderme. Les limites externes du changement de coloration sont marquées par les deux points extrêmes de cette ligne. Toute la partie en voie de mortification présente la forme d'un V, elle est dure et tuméfiée. Les téguments du menton sont rougeâtres, brillants, infiltrés. La limite inférieure de l'infiltration correspond à l'os hyoïde, ses limites latérales à deux

lignes verticales partant des commissures buccales. Pâleur des téguments. Fièvre P. — 130. Rien de particulier dans la bouche ni le larynx.

23 juillet. — La plaque gangrèneuse s'est étendue en haut, à droite et en bas. Le gonflement et l'infiltration sont restés les mêmes dans le voisinage, surface interne des joues, lèvre supérieure normales Siallorrhée, la salive coule constamment au-dessus de la lèvre inférieure; accidents très désagréables pour la malade. Violentes douleurs : T. — 39.5. P. — 120.

27 juillet. — La gangrène est à toute la lèvre inférieure dont la partie moyenne, complètement insensible, est en train de s'éliminer, On distingue même à une certaine distance le sillon d'élimination ; elle a moins de douleur, mais se sent très faible. Cette malade est très pâle, le bras gauche est tuméfié. La malade succomba le 31 juillet à la suite de la propagation de la gangrène à la joue et à la lèvre supérieure. L'auteur qui n'a du reste que peu de renseignements sur l'état antérieur de cette malade, croit pouvoir attribuer la gangrène à l'infection palustre, commune dans le pays.

Tydsckr wor Generskende, 10 octobre 1885, no 41.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES MOLAIRES.— Un patient âgé de vingt-cinq ans ayant éprouvé des douleurs intenses dans une deuxième grosse molaire supérieure droite, était allé consulter M. Ch. Tomes qui résolut d'enlever la dent douloureuse, ce qui fut fait. A son grand étonnement M. Tomes trouva que la dent extraite ne possédait pas de racines. Cela fut attribué à la pression de la dent de sagesse. Une sonde fut introduite dans l'alvéole et on constata que la molaire de six ans était privée.

(Société Odontologique de la grande Bretagne in British).

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

Transactions of the American Dental Association at the twenty sixth anuual session Leed at Niagara Falls. Philadelphia 1886.

Nous avons sous les yeux les procès-verbaux de la vingt-sixième session des dentistes américains, luxueusement éditée par la maison White. Les communications, les discussions ont été non moins intéressantes qu'aux précédentes sessions.

Le Congrès, divisé en sept sections, a embrassé toutes les questions qui préoccupent les dentistes: Le travail à pont, la méthode rotative, es amalgames, l'emploi des matrices, l'exostose des dents, les fluides, les micro-organismes de la bouche.

Certaines de ces questions n'ont été qu'effleurées, mais on ne

peut nier, que même incomplètement traitées, il n'y ait profit à les aborder, à dresser l'inventaire de ses connaissances sur d'aussi graves sujets.

Un des membres du congrès a fait adopter une mesure d'une grande portée. Quatre prix de 200 dollars chacun (1060 fr.) seront accordés pour récompenser ou faciliter des recherches originales sur la dentisterie opératoire, l'anatomie et l'histologie, la pathologie, la thérapeutique, la physiologie et l'étiologie.

Les recherches originales demandent du temps et de l'argent, il est juste et intelligent d'indemniser leurs auteurs, de leur accorder une marque de distinction. Une profession s'honore ainsi en servant ses intérêts moraux et matériels.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. P. Dubois

I. Action physiologique de la cocaïne. — II. L'eugénol. — III. Traitement des fâcheux effets de la teinture d'iode.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA COCAINE, par M. Bignon, pharmacien et professeur de chimie à Lima. — Notre confrère, M. Bignon, a communiqué à l'Académie de Médecine de Lima, dans sa séance dn 4 septembre dernier, les résultats d'expériences qu'il a entreprises sur la cocaïne et desquels il résulterait :

1° Que la cocaïne est l'antagoniste de la strychnine ;

2° Qu'un chien empoisonné avec une dose de strychnine cristallisée ne dépassant pas deux milligrammes par kilogramme, peut toujours être sauvé en entretenant le délire cocaïque ou excitation cérébrale, par des injections hypodermiques de cocaïne, jusqu'à complète élimination du poison ;

3° Que le chien peut être sauvé, même après le premier accès tétanique ;

4° Qu'à une dose plus élevée de strychnine, s'il est vrai qu'il a réussi à combattre pendant bien des heures l'intoxication, il n'a pu jusqu'à présent arriver jusqu'à sauver les chiens ; il attribue la mort à la dose excessive de cocaïne qu'il a dû employer, et qui dépasse la dose toxique de la cocaïne. M. Bignon conclut en appelant l'attention des médecins sur l'importance du rôle que peut jouer la cocaïne dans le traitement du tétanos de l'épilepsie, de l'hystérie, et en général, de toutes les maladies qui se rattachent à des affections de la moëlle épinière ; il croit que la cocaïne est un poison exclusivement cérebral, et par conséquent, le plus apte à réprimer les mouvements réflexes, dus à un état anormal de l'appareil médullo-spinal.

(Archives de Pharmacie).

L'EUGENOL COMME ANTISEPTIQUE ET ANTITHERMIQUE. — L'eugénol ou acide eugénique s'obtient en traitant l'essence de girofle par une lessive de potasse caustique ou de soude. On dis-

tille la masse cristalline et on sépare l'eugénol du résidu pour l'addition d'un acide minéral dilué. On le purifie par distillation.

C'est un liquide oléagineux, qui possède l'odeur et la saveur de l'essence de girofle ; il est incolore, mais il brunit au contact de l'air et de la lumière. Sa densité est de 1,068 à 1.070. Il bout à 252 degrés. Il est insoluble dans l'eau et se dissout dans l'alcool et l'éther. Il a pour formule $C^{10} H^{12} O^{2}$, le perchlorure de fer lui communique une coloration verte azurée.

Il jouit de propriétés antiseptiques incontestables, et s'oppose à la fermentation de l'urine.

Les docteurs Emilio Morra et Candido de Tegibus, l'ont expérimenté comme antithermique, mais, à ce point de vue, son action est inférieure à celle de la quinine, de l'antipirine et de l'acide salicylique.

TRAITEMENT DES FACHEUX EFFETS DE LA TEINTURE D'IODE, par M. Carles : — Les badigeonnages à la teinture d'iode peuvent présenter plusieurs inconvénients. Les uns sont inhérents à la mauvaise qualité de l'alcool employé pour la préparation du médicament. Si cet alcool a été mal rectifié et s'il contient des traces d'acétone, la teinture acquiert une causticité qui rend les badigeonnages très douloureux. Il peut arriver que la teinture d'iode, préparée avec un alcool de qualité irréprochable, produise des accidents semblables résultant, soit d'une sensibilité excessive des malades, soit de l'application d'une trop grande quantité de médicament.

Un autre inconvénient, le moins grave assurément, c'est la couleur jaune que laisse la teinture d'iode sur la peau et que certains malades ne veulent pas conserver.

Souvent on s'adresse aux pharmaciens pour lui demander le moyen de remédier à ces divers effets produits par la teinture d'iode. Le plus souvent ils répondent en exhortant leurs malades à la patience, mais s'ils se croient obligés d'intervenir, que conseillent-ils ?

L'ammoniaque dilué, les alcalis en général rempliraient très bien le but désiré, mais ces agents seraient trop irritants, surtout s'il s'agit de les appliquer sur les bras, les épaules ou le cou. M. Carles préfère employer les sulfites ou les bisulfites ou les hyposulfites, sels inodores et inoffensifs, qui absorbent l'iode par leur acide et par leur base à la fois. Mais il existe un médicament qui, d'après M Carles, leur est encore supérieur : c'est le sulfhydrate de soude ; selon la susceptibilité des individus et l'intensité de l'effet à produire, on fait une solution aqueuse variant du centième au dixième, qu'on applique avec un pinceau ou au moyen d'une compresse. Quelques instants après l'application, le malade ne ressent plus l'action irritante de la teinture et la coloration jaune est à peine sensible.

(*Archives de Pharmacie*, 5 novembre 1886.)

L'EULYPTOL, par M. le docteur Schmeltz, de Nice.– L'eulyptol est un mélange de six parties d'acide salicylique avec une partie d'acide phénique et une partie d'essence d'eucalyptus. M. Schmeltz croit que ces substances forment entre elles une combinaison.

Cet agent médicamentaux a une odeur aromatique assez forte ; sa saveur est âcre et brûlante ; il est presque insoluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, ainsi que dans un mélange à parties égales de glycérine et d'alcool. Il se dissout dans l'ammoniaque et les solutions alcalines.

L'enlyptol jouit de propriétés antifermentescibles très accusées ; il s'oppose à la putréfaction de l'urine et de la viande.

M. Schmeltz le préfère, pour les pansements chirurgicaux, aux antiseptiques usités, tels que l'iodoforme, le sublimé et l'acide phénique.

Administré à l'intérieur, il est très bien supporté par les malades, même à la dose de huit à dix grammes par jour. Dans le rhumatisme articulaire, il abaisse la température, en même temps qu'il diminue le gonflement et les douleurs.

M. Schmeltz administre cinq grammes d'eulyptol par jour aux rhumatisants Ce médicament produit moins de bourdonnements d'oreilles que le salicylate de soude.

L'eulyptol réussit également bien dans la fièvre thyphoïde, dans les affections catarrhales de l'appareil respiratoire et dans les maladies des voies urinaires. M. Schmeltz s'en est servi avec avantage pour faire l'antisepsie vésicale avant de pratiquer une opération sur la vessie.

Ce médicament peut être employé dans toutes les affections infectieuses, à cause de son grand pouvoir antiseptique.

(*Archives de Pharmacie*, 5 octobre 1886.)

ASSOCIATION GENÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Séance du 26 *octobre* 1886

Présidenee de M. Poinsot, vice-président.

Demande d'admission comme membres de l'association de MM. Arlet de Corbeny et Casanovas de Palma de Majorque.

M. Roussier de Beauvais annonce que, n'exerçant plus, il demande à ne plus faire partie de la Société.

M. Chauvin donne lecture au nom de la commission des examens :

1° Du rapport sur les examens d'octobre. (1).

2° Du rapport sur l'examen d'entrée subi par les nouveaux élèves pour l'année scolaire 1886-1887.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La commission spéciale rend compte des mesures prises pour assurer le succès de la séance de réouverture des cours.

Le ministre du commerce, M. E. Lockroy, qui avait promis d'y assister ne pourra probablement pas venir, mais promet sa présence pour une autre cérémonie.

Le président du Conseil municipal de Paris, M. G. Mesureur, a accepté la présidence de la séance qui aura lieu le samedi 30 octobre 1886 dans la salle des fêtes de la mairie du 9me arrondissement, etc.

Le Conseil de Direction nomme une commission chargée de prépa-

---

(1) Voir l'*Odontologie*, n° de novembre 1886, page .

rer le programme des opérations que les élèves devront avoir faites à la clinique pendant l'année pour être admis à se présenter aux examens. Ce sont : MM. Levett, Lemerle, Heidé, Ronnet, Viau et Chauvin.

Il est décidé que la Direction pourra charger les professeurs suppléants de faire subir les examens.

Diverses mesures administratives sont adoptées.

Séance du 30 novembre 1886

Présidence de M. Poinsot, vice-président.

M. le président annonce au début de la séance la mort de M. le professeur P. Bert, résident général au Tonkin et se fait l'interprète des regrets de la Société. Il rappelle que P. Bert était président honoraire de l'Ecole dentaire, et le précieux concours qu'il avait apporté à l'Ecole en venant présider la séance de réouverture de 1883.

Le Secrétaire général rend compte de la séance d'inauguration de l'Ecole dont il constate le succès.

Le Conseil de Direction remercie M. G. Mesureur du concours qu'il a apporté à l'Ecole en cette circonstance et le nomme président honoraire de l'Ecole.

Des remerciements sont adressés également à M. le docteur Decaudin, pour son intéressante conférence, à MM. Lecaudy, Heymann, Billard, Cornelsee, Gray et Son de Sheffield pour les prix qu'ils ont offerts, à tous ceux qui ont prêté leur concours pour cette cérémonie ainsi qu'à la presse de Paris et de la province qui en a rendu compte.

MM. Arlet de Corbeny, Casanovas de Palma de Majorque sont admis commé membres de l'association, ainsi que les nouveaux diplômés MM. Roy, Mousis, Brodhurst, Sicard, Duvoisin.

Sur le rapport du trésorier, la démission de M. Roussier est acceptée.

Le secrétaire général fait part au conseil :

1° De la réunion annuelle du corps enseignant et transmet les vœux émis par les professeurs.

2° De la réunion des chefs de clinique et des démonstrateurs.

M. Chauvin donne lecture du rapport de la commission de la dentisterie opératoire, sur les opérations à exiger des élèves pendant la nouvelle année.

Ce rapport est adopté.

Un crédit est voté à M. Pillette pour le cours de prothèse.

Le trésorier rend compte d'un incendie qui a éclaté à l'Ecole pendant la nuit; arrêté à temps, il n'a causé que peu de dégâts qu'a du reste couvert l'assurance.

M. Godon dépose deux propositions tendant :

La première à ce que l'association, afin de créer en province des centres d'activité professionnels, provoque parmi ses membres la fondation par région de groupes correspondants de la société.

La deuxième à ce que les professeurs suppléants de la société d'Odontologie, soient invités à fournir au journal quelques leçons pratiques d'odontologie qui seront réunies tous les ans en volume.

Ces deux propositions sont mises à l'ordre du jour de la séance suivante.

Le conseil décide qu'il sera établi comme insigne pour reconnaitre les élèves des différentes années à la clinique, une carte de service.

M. Dubois propose un règlement relatif aux peines disciplinaires à infliger aux élèves qui est adopté.

Diverses mesures administratives sont adoptées et la séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

NOUVELLES

Nous sommes heureux d'apprendre à nos confrères que notre sympathique collaborateur M. le docteur Aubeau vient d'être nommé par le ministre de l'Instruction publique officier d'académie. L'Ecole dentaire de Paris a sa part de succès dans cette nomination. Et à ce titre encore, nous sommes heureux de féliciter le distingué professeur de la reconnaissance par le gouvernement, des travaux que nous avons fait connaître à nos lecteurs.

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal dentaire *The Dental Review,* édité à Chicago par M. Harlan dont nos lecteurs connaissent les travaux intéressants sur la matière médicale à usages dentaires. Nous sommes convaincus que notre éminent confrère saura en faire un des journaux dentaires les plus lus du monde entier.

EXPOSITION D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Une Exposition d'hygiène de l'enfance s'ouvrira à Paris le 1er mai 1887 sous la présidence de M. le Docteur Chassaing et d'un comité de patronage. Cette Exposition d'un caractère technique, scientifique et pratique, comprendra tous les ouvrages et produits concernant l'hygiène et l'éducation des enfants jusqu'à l'age de 12 ans, classés par groupes.

Le Ve groupe, Hygiène infantile préventive, comprend: soins hygiéniques de la première enfance (1 à 5 ans) et de la deuxième enfance (5 à 12 ans), Hygiène dentaire.

NÉCROLOGIE

Nous avons été douloureusement surpris d'apprendre la mort prématurée d'un des fondateurs du Cercle des dentistes et membre de l'Association générale des dentistes de France, M. Ch. Bouvin, décédé à Brest dans sa trente-septième année.

Nous voyons avec peine partir cet adhérent de la première heure, ce sympathique confrère qui pouvait prétendre aux succès que son savoir professionnel, son intelligence lui assuraient. Au nom de notre Association, M. Debray, membre honoraire du Conseil de l'école, lui fit le dernier adieu et déposa une couronne sur sa tombe. Que sa jeune veuve reçoive l'expression de nos sympathies.

Le Directeur Gérant : P. DUBOIS.

Paris. — Alcan-Lévy, imp. breveté, 24, rue Chauchat

J.-L. NICOUD, jeune

Rue Saint-Roch, 28, à PARIS

Fournisseur d'Instruments et Outils pour Dentistes

SEUL DÉPOSITAIRE EN FRANCE DES

Dents minérales de Gidéon Sibley, de Philadelphie

DENTS A 35 CENT.

PRIS PAR 100 : 30 fr.

DENTS AMÉRICAINES, DE WHITE

ET

DENTS ANGLAISES DE ASH, DE LONDRES

Concessionnaire de LORDORASEC préconisé par M. Duchesne

FAUTEUILS DE TOUS SYSTÈMES FRANÇAIS ET AMÉRICAIN

Tours à fraiser français et américains

TOURS A FRAISER FRANÇAIS GRAND VOLANT, 14 INSTRUMENTS A 150 FRANCS

TOURS D'ATELIER DEPUIS 65 F.

Battis en fonte et tête de poupée pouvant supporter 3 Meules et 1 Brosse

---

MACHINES A VULCANISER JOINT LARGE

DAVIERS FRANÇAIS, ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Spécialité d'Outils d'Ateliers français et Stubs

LIMES FROID ET STUBS

Caoutchoux et Plombages de toutes provenances

VOL. 7. Paris, Février 1887. N° 2

L'ODONTOLOGIE

HYGIÈNE PUBLIQUE

LES SERVICES DENTAIRES GRATUITS EN FRANCE

Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris
à la séance du 23 novembre 1886
par CH. GODON.

Lorsque l'on considère le vaste système d'hygiène publique et d'assistance médicale qui existe en France et plus particulièrement à Paris, les nombreux comités, commissions et inspecteurs d'hygiène, les divers hôpitaux, hospices, cliniques ou dispensaires que renferme chaque département, on est frappé de la multiplicité des services et on est disposé à croire que tout a été prévu pour protéger la santé publique, et assurer à toutes les maladies le traitement et les soins éclairés qu'elles nécessitent. Il n'en est pourtant pas ainsi. Cette organisation contient encore de nombreuses lacunes que l'on signale chaque jour à la sollicitude de nos législateurs. (1)

Il en est une qui nous intéresse plus spécialement et sur laquelle il nous paraît utile d'appeler l'attention; nous voulons parler de l'absence ou de l'insuffisance des services dentaires gratuits en France.

Les dents sont cependant des organes importants et les différentes affections qui les frappent nuisent à la nutrition et au développement de l'individu; elles peuvent donner naissance à des maladies consécutives nombreuses. La carie dentaire est très répandue dans notre pays; les souffrances qu'elle produit sont pénibles pour ceux qui en sont affligés, surtout lorsqu'ils sont astreints à un labeur quotidien. Les accidents qui en résultent sont très souvent bénins; ils peuvent cependant, dans quelques cas et en l'absence de traitement, prendre un certain caractère de gravité et donner lieu à des désordres très étendus, comme le confirment de nombreuses observations publiées dans la presse médicale ou professionnelle ou dans les ouvrages spéciaux.

Les diverses statistiques militaires qu'a publiées dans l'*Odontologie* de 1885 notre collègue et ami M. P. Dubois, nous ont appris également le nombre relativement grand des dispensés par suite de l'état défectueux de leur système dentaire.

Il est donc utile d'exercer sur le système dentaire une sur-

(1) Voir le projet de réforme de l'Hygiène publique déposé par M. le Ministre du Commerce (*Semaine médicale* des 19-26 janvier 1887).

veillance régulière et d'adopter des moyens prophylactiques et thérapeutiques indispensables pour rayer ces fâcheux résultats.

Les enfants réclament pour le fonctionnement normal, physiologique de leur système dentaire, une attention toute spéciale. Il faut des soins répétés pour conserver leurs dents temporaires jusqu'à l'apparition des dents permanentes.

A cette période, la surveillance doit être plus rigoureuse encore, car le travail de remplacement ne se fait pas toujours seul et sans difficulté.

La seconde dentition « dont la durée considérable s'étend de la » septième à la douzième année, représente une époque véritable» ment critique chez l'enfant. Il est bien rare, en effet, que ce » double phénomène de la chute des vingt dents et de leur rem» placement par vingt dents permanentes, s'effectue sans irrégu» larité, sans désordres, sans anomalies » dit le Dr Magitot (1).

Le dentiste est donc appelé souvent à intervenir. Si son intervention fait défaut, il peut en résulter les conséquences les plus fâcheuses pour la conservation et l'arrangement des dents, et même consécutivement des troubles locaux ou généraux qui chez certains enfants débilités ou cachectiques peuvent avoir sur la santé générale un certain retentissement.

Du reste, ces vérités sont assez généralement admises dans une certaine classe de la société, et l'utilité du *service dentaire* n'est pas plus contestée pour les enfants que pour les adultes, puisque à notre époque, chaque famille a son dentiste comme chaque collège, lycée ou pensionnat.

C'est donc seulement au point de vue de l'assistance publique, de l'assistance des pauvres que ce service fait défaut, ou qu'il n'existe que d'une façon insuffisante.

Ils sont malheureusement nombreux ceux qui, par suite de leur situation précaire ne peuvent avoir recours aux bons soins d'un dentiste.

Doivent-ils pour cela rester sans traitement. Nous ne le pensons pas.

L'humanité autant que l'intérêt social commandent au contraire de leur assurer dans des services *ad hoc* les soins et le traitement qui leur sont nécessaires.

Mais, à part la clinique de l'Ecole dentaire de Paris et quelques cliniques isolées, ces services n'existent pas. Dans la plupart des hôpitaux, ce sont les garçons de salles qui se chargent des opérations dentaires lesquelles se bornent à l'extraction; beaucoup savent à leurs dépens, comment ils s'en acquittent. Quant aux enfants qui fréquentent les écoles communales, ils reçoivent assez régulièrement la visite de médecins-inspecteurs chargés de la surveillance de leur santé générale, mais ceux-ci ne peuvent apporter à l'exa

(1) Hygiène dentaire. Instructions relatives à l'examen de la bouche et des dents dans les écoles, par le Dr E. Magitot, in Revue d'Hygiène de juillet 1885, page 558.

men des dents, l'attention nécessaire, vu la multiplicité de leurs fonctions et le manque de connaissances spéciales.

Il était donc nécessaire pour répondre aux *désidérata* que nous avons énoncés plus haut, 1° *le traitement des affections dentaires*; — 2° *La surveillance des dents des enfants*, de créer des services spéciaux dans les conditions suivantes :

1° *Services dentaires gratuits de consultations et de soins pour les adultes et les enfants.*

2° *Services dentaires gratuits d'inspection pour les enfants des écoles.*

Le gouvernement n'ayant encore rien fait dans cette voie, tout au moins en tant que mesure générale, c'est à l'initiative privée que l'on doit tout ce qui a été fait ces dernières années. Nous allons le passer rapidement en revue.

La fondation de l'Ecole dentaire de Paris est d'abord venue remédier en partie à cette lacune fâcheuse. La clinique qui y est adjointe a formé de suite un lieu de consultation et de traitement des mieux appropriés. Tous les jours, plus de cinquante malades y trouvent les soins raisonnés que réclame l'état de leur système dentaire. L'administration de l'Ecole a voulu organiser aussi pour les enfants du département de la Seine un service dentaire spécial. Elle a dans ce but, offert son concours gracieux à la Préfecture de la Seine; celle-ci, par un avis affiché dans toutes les écoles communales de Paris, en a informé les instituteurs et les enfants qui se sont empressés d'en profiter.

Mais ce service n'est ni régulier ni obligatoire et par conséquent pas efficace; la besogne serait, du reste, trop étendue pour que le personnel de l'Ecole puisse la remplir d'une façon satisfaisante.

Un service a été cependant organisé tel que nous le comprenons par l'Ecole en 1883, à l'orphelinat Cocquerel, sur la demande de Mme C. Dorian, la présidente, (cet orphelinat appartient maintenant à la Ville depuis un an environ).

Cent enfants y reçoivent mensuellement la visite d'un dentiste délégué par l'Ecole. L'état dans lequel toutes ces mâchoires d'enfant se trouvaient, au début du service et celui dans lequel on les voit maintenant à chaque nouvelle visite prouve l'utilité et l'excellence des soins donnés (1). Voir les rapports annuels des délégués MM. Horay et Heidé.

Déjà le 24 novembre 1881, *le Cercle des dentistes de Paris* avait appuyé près du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine, la création d'un service dentaire municipal dans les écoles primaires de Paris, dont un de ses membres avait pris l'initiative. (2).

---

(1) Voir l'*Odontologie*, n° d'août 1883, page 253.

(2) *Odontologie*, n° de janvier 1882, page 28 et n° de février, page 70. — Pétition adressée au Conseil municipal de Paris, par M. E. Taillebois (15 septembre 1881).

Prise d'abord en considération, cette proposition fut repoussée définitivement le 2 février 1883 par le Conseil municipal. Cet échec fut dû en partie au caractère un peu trop personnel que lui avait donné son auteur (comme je le constatai dans l'*Odontologie* d'avril 1883 (page 103); cela lui valut du reste quelques démêlés avec notre Société.

Depuis, les diplômés de notre école et les membres de notre Société ont fait dans des directions diverses des tentatives pour créer des services.

Quelques-uns se sont adressés aux hôpitaux et ont réussi à y créer des services dentaires, mais ils ne sont dus pour la plupart qu'à la tolérance du directeur de l'hôpital ou à la bienveillance des chefs de service. De mesure générale, il n'en a pas été pris, pas plus que de nomination officielle faite par l'Assistance publique. Il paraît qu'à Paris cela soulève les susceptibilités du personnel hospitalier. Pourquoi ?

Mais ne nous plaignons pas trop, d'autres spécialités des plus utiles pourtant ne sont pas plus favorisées et attendent comme nous.

Un des plus sympathiques professeurs de l'Ecole Dentaire, M. Poinsot, frappé des rapports qu'il y avait entre certaines affections cérébrales et les maladies des dents et des conséquences que peuvent avoir sur les dements des souffrances, dont leur état les empêche d'indiquer la cause, réclama, sur l'avis de quelques médecins aliénistes, la création de *services dentaires dans les asiles d'aliénés*.

Nous adressâmes une pétition à ce sujet au Conseil général de la Seine qui la prit en considération. Mais l'administration ne voulut pas y donner suite parce que, paraît-il, les médecins chargés du service médical suffisaient, nous dit le rapporteur de la commission des hospices à qui la question fut soumise (1).

M. Poinsot n'en organisa pas moins le service à Sainte-Anne et à Ville-Evrard, qu'il continue du reste à la satisfaction des malades et de leurs médecins.

Nous nous heurtâmes là encore aux mêmes obstacles, on ne veut pas ouvrir, officiellement du moins, la porte des hôpitaux aux dentistes et créer des services dentaires, quelque nécessaires qu'ils soient pour la population ouvrière. Et pourtant nous n'avions plus affaire cette fois à l'*Assistance publique*, les hospices d'aliénés étant du ressort de la Préfecture de la Seine. Le résultat fut le même. Espérons que le temps aura raison de ces susceptibilités et que ces questions de forme disparaîtront devant l'intérêt général.

Les bureaux de bienfaisance ont donné plus facilement accès aux dentistes. Plusieurs de nos confrères ont été priés d'y donner leurs soins.

Dans les villes où il existe des dispensaires, institution très

---

(1) Voir l'*Odontologie* de 1885, page 21-389.

utile, et qui, quoique de fondation récente, a déja rendu de grands services, des dentistes ont été chargés d'y soigner les affections des dents.

Nous devons également signaler la proposition très pratique faite au Conseil de santé militaire, par deux professeurs de l'Ecole dentaire, MM. Dubois et Pillette, pour la création d'un service dentaire dans l'armée.

Nous citerons de ce rapport la phrase suivante :

« Les inconvénients d'un système dentaire défectueux sont « évidents dans la vie civile ; pour les soldats, ils sont aug- « mentés par suite du genre d'alimentation auquel ils sont sou- « mis, par les conditions du milieu où ils vivent. » (1)

MM. Dubois et Pillette, après avoir examiné la question et les diverses solutions qu'elle comporte, proposaient de charger des dentistes civils, nommés à cet effet, de soigner gratuitement les maladies des dents, avec le concours et sous le contrôle du corps de santé militaire.

Ils demandaient notamment que ces dentistes soient tenus d'assister le médecin militaire une fois par semaine à sa visite et quatre fois par an d'inspecter la bouche de tous les hommes.

Cette proposition fut approuvée par la Société d'Odontologie, dans sa séance du 20 avril 1886 (2).

Nous signalerons également le service d'inspection et de traitement dentaires, organisé par la Compagnie générale des allumettes pour ses ouvriers, et dont fut chargé notre collègue Dubois. La sollicitude de la Compagnie mérite d'être approuvée, car les inconvénients d'un système dentaire défectueux devenaient dans le cas présent un véritable danger en prédisposant à la nécrose phosphorée.

C'est encore près des municipalités, plus impartiales, que les dentistes ont obtenu le meilleur accueil. Elles comprennent et apprécient davantage l'importance des services que nous leur offrons et tous ceux de nos confrères qui se sont adressés à elles, notamment pour l'organisation des services dentaires dans les Ecoles ont pleinement réussi. Sans parler du Conseil municipal de Paris qui, pour montrer qu'il apprécie l'utilité de nos services, donne tous les ans une subvention à notre Ecole, les maires de Rouen, de Niort, de Dieppe, de Vernon et d'autres villes ont chargé, sans difficulté, plusieurs de nos confrères, MM. Bugnot, Fayoux, Touchard, Richer, etc., etc., de l'organisation de services dentaires, aujourd'hui en plein fonctionnement et qui ont déjà fait leurs preuves.

Comme on le voit par cette étude, notre groupe a, pendant les dernières années, fait des tentatives nombreuses pour combler la lacune qui existait dans le service de l'hygiène publique en France. En indiquant ainsi ce qui a été fait et les résultats qui

(1) *Odontologie*, avril 1886, page 141.
(2) *Odontologie*, juin 1886, page 257.

ont été obtenus, nous encourageons nos confrères à continuer et à compléter cette œuvre qui intéresse à un si haut degré la santé publique.

Au mois de septembre dernier, passant par Rouen, nous eûmes le plaisir de voir un des services dentaires en plein fonctionnement. C'est un des premiers fondés et un des mieux organisés, nous devons le reconnaître. Il est dû à la louable initiative de notre confrère et ami M. Bugnot. On verra, en lisant les lignes suivantes qui contiennent les principaux renseignements qu'il nous a fournis, qu'il y a là les deux services que nous souhaitons de voir organiser :

1° Le service gratuit des affections dentaires dans le dispensaire ;

2° Le service d'inspection obligatoire dans les écoles.

Nous avons tenu à en donner une description complète afin de fournir un modèle pratique aux municipalités ou à ceux de nos confrères qui voudront suivre ce bon exemple.

SERVICE D'INSPECTION DENTAIRE DANS LES ÉCOLES ET LES DISPENSAIRES DE ROUEN (1)

En 1884, la commission administrative du bureau central de Bienfaisance nommait un de nos diplomés, M. Bugnot, chirurgien-dentiste du dispensaire de l'Hôtel-de-Ville, et confiait à ses soins les indigents de cette circonscription.

Peu de temps après on adjoignait au titulaire le service du dispensaire Martinville, chacun de ces 2 établissements devant être visité deux fois par semaine.

Il va de soi que la clientèle de ces cliniques se recrutait dans celle qui fréquente d'ordinaire les hôpitaux pour ce genre d'operation, c'est dire que l'extraction etait pratiquée sur une large échelle, la consultation n'étant demandée que dans les cas extrêmes où la thérapeutique devient longue et incertaine et où d'autre part cette catégorie de malades ne peut disposer du temps nécessaire au traitement de l'organe.

Désireux de modifier cet état de choses, M Bugnot fit à l'administration municipale de Rouen, sur l'état endémique de la carie dentaire en Normandie observé par Magitot et confirmé par les statistiques militaires et les hygiénistes spéciaux, un rapport tendant à l'établissement d'un service d'inspection dentaire dans les écoles primaires de Rouen.

Là en effet on pouvait enrayer le mal à son début.

Ce rapport lu et approuvé on passa à l'exécution.

Mille difficultés de paperasses pouvaient surgir. Les dispensaires appartenant au bureau de bienfaisance, et les écoles primaires à la municipalité il suffisait d'une divergence de vues pour arrêter tout.

Loin de là, les administrations s'entendirent à merveille contre le *fléau régional*. Le bureau de Bienfaisance donna une salle d'opéra-

---

1) Voir l'*Odontologie* de 1885.

tion et le mobilier pour la clinique dentaire dans laquelle il autorisa la présence du personnel des écoles.

La municipalité fournit la somme nécessaire à l'achat d'un matériel confortable, fauteuil, tour de White, plombage, accessoires, enfin de tous les instruments qui doivent se trouver dans le cabinet d'un bon dentiste.

(Jusque là les instruments avaient été prêtés par notre confrère)

La municipalité fit imprimer l'arrêté du maire par milliers dont les exemplaires furent remis individuellement à chaque élève des écoles. tandis que l'arrêté était affiché dans ces établissements, elle fit imprimer aussi des fiches d'inspection dentaire.

Ces fiches portent au recto une figure schematique représentant les dents, quelques indications pour le nom de l'élève, l'âge, les observations de l'inspecteur, etc., et au verso, les règles principales de l'hygiène dentaire.

De son côté le bureau de bienfaisance faisait imprimer les fiches dentaires constatant les opérations exécutées, les cartes de rendez-vous, fiches d'observation, fiches de prescriptions.

Afin d'éviter aux élèves venant se faire traiter les dents tout contact avec des malades dont les affections pouvaient être contagieuses, transmissibles ; la consultation dentaire fut donnée à une autre heure que la consultation médicale.

Au dispensaire, la salle d'attente dallée est spacieuse et bien éclairée, elle est chauffée par un calorifère et des vaporisations anti-septiques ont lieu pendant la consultation;

Un guichet *ad hoc* est placé pour distribuer les fiches.

Les patients attendent leur tour et viennent dans le cabinet d'opération, très bien aménagé et éclairé, recevoir les soins que comporte leur état.

Dans les Ecoles la visite d'inspection a lieu tous les mercredis matin. Elle se passe dans le préau où le praticien se tient d'habitude, aidé dans sa tâche par l'instituteur et un ou deux professeurs, suivant l'importance de l'Ecole. Les élèves défilent tour à tour devant notre confrère qui se livre là à un pointage dont la couleur à une signification.

Ainsi le crayon rouge désigne les caries de troisième ou de quatrième degré qui ne peuvent à la clinique être l'objet de soins qu'il serait trop long d'accorder.

On conçoit que seul pour une tâche pareille (inspection de 17 Ecoles comprenant 5,000 élèves et clinique 4 fois par semaine), notre confrère doive faire la part du feu, c'est-à-dire obturer vivement les caries signalées au crayon bleu (deuxième degré), avant qu'elles n'aient acquis un degré de plus ! Les fiches étant pointées, elles sont rendues nominatives par le professeur qui remplit les blancs, nom, âge, etc.

Afin d'éviter des froissements et des susceptibilités, tout ce petit monde, à quelque position sociale qu'il appartienne passe à la visite quitte ensuite aux parents à ne pas tenir compte des avertissements qui leur sont donnés par la fiche.

Les parents acceptent ou refusent les soins, d'autres (nous sommes en Normandie) ne signent rien de peur de se compromettre ! Quoi qu'il en soit, ces fiches retournent par l'entremise de l'instituteur au dentiste qui les classe et les remet aux autorités.

Les élèves dont la position est précaire peuvent alors se rendre au dispensaire, les lundi, mardi, vendredi et samedi, où on leur remet la fiche d'opération, qui, elle, reste au bureau de bienfaisance. Les ma-

lades dont le traitement exige plus d'une séance, reçoivent une carte de rendez-vous, mentionnant le numéro de fiche et les jour et heure arrêtés à la consultation.

Des fiches dites *d'observations* d'un format plus grand permettent de suivre les phases d'opérations telles que réimplantations ou transplantations, enfin des *fiches de prescriptions*, indiquent la manière d'exécuter le traitement (nettoyage des dents, gargarismes, badigeonnages, etc.)

Nous avons pu voir à la consultation où se rendent en moyenne une douzaine de sujets, certains enfants des écoles ayant 14 à 15 obturations.

Par cette courte énumération, on voit que cette clinique est sérieuse et l'on conçoit pour les familles trop nombreuses, dont les enfants fréquentent les écoles quel soulagement de voir leur progéniture à l'abri des douleurs de dents, non plus par l'extraction, mais par des soins largement accordés et que seuls les privilégiés de la fortune connaissaient jusqu'ici.

Le résultat sera pour ces enfants d'être, par suite d'une mastication et d'une alimentation rendues moins laborieuses, plus forts et plus robustes (n'oublions pas que la Normandie fournit le plus d'exemptions pour cause de faiblesse générale et mauvaise denture) et d'arriver pour leur descendance à l'amélioration de leur système dentaire.

Après ce long rapport tout commentaire serait superflu. Il ne nous reste qu'à féliciter les autorités Rouennaises d'avoir *osé les premières* organiser une clinique spéciale aussi sérieusement, et notre confrère Bugnot d'en avoir avec tant de succès pris l'initiative.

Voici maintenant quelques renseignements sur le service dentaire créé à Niort par notre confrère Fayoux.

Il est comme le précédent, très bien organisé et répond à tous les désidérata. On remarquera que ces deux services sont assez semblables, M. Fayoux et plusieurs de nos confrères, ayant à peu près copié l'organisation adoptée par M. Bugnot, qui s'est gracieusement mis chaque fois à leur disposition pour leur fournir tous les renseignements qui leur étaient nécessaires.

SERVICES DENTAIRES GRATUITS A NIORT

Pour organiser le service dentaire dans les écoles communales de la ville de Niort, après les démarches préliminaires faites auprès de la municipalité et dont nous nous rappelons toutes les péripéties (1) et après l'arrêté du maire nommant M. Fayoux (dentiste inspecteur), notre confrère commença par visiter chaque école.

Un local servant de dispensaire fut mis à sa disposition. Tous les jeudis de 9 à 11 heures du matin, il donne des soins aux enfants qui se présentent munis de la fiche qui leur a été délivrée au moment de l'inspection.

A l'inspection, il procède de la manière suivante : il fixe le jour avec l'instituteur ou l'institutrice pour aller visiter les élèves ; pendant que les enfants ouvrent leur bouche à tour de rôle, l'instituteur écrit en regard des dents désignées sur la fiche, ce qu'il lui dicte. Il peut ainsi visiter 200 bouches en 3 heures.

(1) Voir l'*Odontologie* de 1885.

Ces fiches sont à souche, et l'instituteur après avoir copié la souche d'après le modèle, délivre aux enfants leur fiche respective revêtue de la signature du dentiste. Les enfants emportent cette fiche dans leur famille pour la soumettre à la signature de leurs parents et reviennent munis de cette carte, réclamer les soins le jeudi suivant au dispensaire.

Il y a douze cents élèves environ, la moitié sont venus réclamer des soins à notre confrère, bon nombre d'autres vont avec cette fiche chez leur dentiste.

Au début, il a eu moins d'enfants au dispensaire qu'à présent. L'expérience a montré qu'il était préférable de ne pas obliger les enfants à s'y faire soigner, la famille a souvent son dentiste, et on risquerait de la mécontenter si on avait l'air de lui en imposer un autre. Du reste, il n'a pas encore eu d'élèves refusant de laisser voir leur bouche.

D'un autre côté, si les soins ne sont pas obligatoires, l'on peut supposer que beaucoup d'enfants et même de parents les négligent cela pourrait se produire en effet; mais pour obvier à cet inconvénient, notre confrère se sert d'un stimulant très ingénieux et qui lui réussit à merveille. Quelques semaines avant les grandes vacances il passe dans toutes les écoles et il constate quels sont les élèves qui se sont le mieux entretenu la bouche à l'aide de labrosse et de la poudre prescrites au dos de la fiche.

Ces derniers obtiennent des prix d'hygiène buccale (qu'il paye de sa bourse, il est vrai) mais le résultat a été très satisfaisant dès la première année et ne peut manquer être meilleur encore les années suivantes, car beaucoup d'enfants se font une fête de montrer leurs dents bien brossées dans le but d'obtenir un prix d'hygiène buccale à la distribution des prix.

La municipalité lui laisse carte blanche, tant pour les procédés que pour les soins à donner.

Notre confrère nous disait que le service lui prenait bien un peu de temps mais que si d'un côté il faisait une dépense personnelle de temps et d'argent, il se trouvait largement récompensé par les services qu'il rend à cette partie si intéressante de la population.

Voici pour les enfants. Il a un autre dispensaire gratuit pour les personnes nécessiteuses à l'hospice de Niort.

Deux fois par semaine, de 9 heures à 11 heures du matin il donne des soins aux malades pauvres qui se présentent à ce dispensaire.

Notre confrère nous écrit, à la suite de ces renseignements, que la municipalité de Saint-Maxent vient de le prier de créer dans eette ville un service dentaire, en présence des résultats obtenus par celui de Niort, mais à son grand regret, il ne pourra se charger de ce surcroît de besogne.

Nous ne parlerons pas plus longuement des services organisés par M. Touchard à Dieppe (1) et M. Richer à Vernon (2) ils ressemblent, quant à l'organisation, aux services précédents et sont de date plus récente.

---

(1) Voir l'*Odontologie* de 1886.
(2) Voir l'*Odontologie* de 1886.

CONCLUSION

Il résulte de cette communication qu'il y a utilité, pour compléter le système d'hygiène publique et veiller à la conservation de la santé générale en France de créer :

1° *Des services dentaires gratuits pour les adultes et les enfants* ;

2° *Des services d'inspections dentaires obligatoires pour les enfants des écoles communales.*

Si l'initiative privée de quelques dentistes a déjà produit quelques résultats il reste encore beaucoup à faire.

Nous souhaiterons donc, dans l'intérêt général que les pouvoirs compétents profitant de l'expérience acquise, se chargent de compléter l'œuvre commencée. Nous nous permettons d'émettre le vœu :

1° Que l'assistance publique installe dans chaque hôpital, dans chaque bureau de bienfaisance, dans chaque dispensaire, un service dentaire gratuit de consultation et de traitement ;

2° Que chaque municipalité, et chaque maire créent pour leurs écoles un service régulier et obligatoire d'inspection dentaire ;

3° Enfin que le ministre de la guerre et de la marine organisent dans les corps de santé des armées de terre et de mer les mêmes services.

Nos confrères ont fourni des modèles ou des projets pratiques pour toutes ces créations, nous croyons avoir par ce qui précède suffisamment prouvé leur utilité.

Quant à l'installation matérielle, elle est facile et peu coûteuse. Elle demande un petit emplacement, quelques instrument obligatoires ; et le personnel offre partout son concours gracieusement.

Mais pour que ce vœu se réalise il faudrait que le dentiste prenne place dans les divers comités d'hygiène publique, à côté du médecin, du pharmacien, de l'ingénieur, de l'architecte, des directeurs d'usine, etc., qui les composent actuellement ; ou, au moins qu'il y soit appelé et entendu. Au moment où le ministre du commerce dépose un projet de loi destiné à modifier l'organisation de l'Hygiène publique en France (1), cette question pourrait être facilement résolue.

Mais nous n'osons y compter. Pour une mesure générale de cette étendue et malgré les conséquences heureuses qu'elle pourrait avoir sur la santé publique, il faudrait que bien des préjugés et certaines susceptibilités intéressées n'existent plus, ce qui je le crains bien, n'est pas prêt de se réaliser.

En attendant nous nous contenterons de souhaiter que tous nos confrères et particulièrement les diplômés de notre école, que nous avons si souvent encouragés dans cette voie, continuent à offrir modestement, avec le même dévouement, leur concours

(1) Voir projet de loi pour modifier l'organisation de l'hygiène publique. *Semaine médicale* des 19-26 janvier 1887.

pour la création de services utiles et sans se laisser décourager par les divers obstacles qu'ils pourront rencontrer.

Ils seront largement dédommagés de leur peine et du temps qu'ils auront consacré à soigner les pauvres et les enfants par la satisfacton d'avoir fait leur devoir et l'estime et la considération qu'ils gagneront près de leurs concitoyens.

RÉSULTATS DE CINQUANTE ANESTHÉSIES LOCALES A L'AIDE D'INJECTIONS DE COCAINE

Par M. Ronnet

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris

Communication à la Société d'Odontologie

Séance du 15 février 1887

L'anesthésie locale que les dentistes ont si longtemps cherchée par les moyens et agents les plus divers, n'avait jamais été si parfaitement obtenue avant les premières applications de cocaïne. La méthode des tampons imbibés de sels de cocaïne fut tout d'abord essayée, mais la gencive saine absorbe peu et les résultats ne furent pas à la hauteur de nos espérances. Il semblait que le nouvel anesthésique ne pouvait donner en chirurgie dentaire ce qu'on en avait obtenu en occulistique. L'Ecole dentaire de Paris voulut expérimenter la valeur du nouveau produit. Notre sympathique professeur d'anesthésie M. le Dr Aubeau, qui a élucidé nombre de points obscurs dans les phénomènes de l'anesthésie au protoxyde d'azote, fit avec notre concours des essais à la clinique de l'école, se guidant sur les moyens d'application employés en ophtalmologie.

Dans un article spécial (Voir Anesthésie locale obtenue par l'emploi de la cocaïne et des pulvérisations d'éther, paru dans l'*Odontologie* en janvier 1886), M. le Dr Aubeau, signalait ce nouvel anesthésique. Ces premiers essais furent faits par la méthode dite des tampons.

Je crois devoir vous rappeler sommairement quels en furent les résultats. La gencive saine absorbant peu ou pas le médica ment, le succès fut a peu près nul. Au contraire, dans les cas de périostite ou la gencive est spongieuse et quelquefois tuméfiée nous obtînmes des résultats relativement bons.

Ainsi plusieurs racines chancelantes furent enlevées sans aucune douleur, mais pour les dents fortement implantées nous eûmes des insuccès.

Il est vrai de dire, que dans ces expériences nous combinions la cocaïne et l'éther, et que ce dernier médicament à des inconvénients considérables, tant au point de vue de son efficacité variable

que de son application difficile dans la cavité buccale et par suite des désordres locaux que la réfrigération intense cause. Aussi le docteur Aubeau et moi nous avions cherché à combiner un appareil destiné à nous permettre de localiser l'action des vaporisations. Appareil, qui du reste, ne nous à pas rendu de grands services.

Quant aux injections hypodermiques, elles datent de plus loin et nous croyons devoir vous rappeler qu'en janvier 1885 l'*Odontologie* rendit compte d'une communication faite par M. le Dr Vulpian à l'Académie des sciences au nom de M. le Dr Grasset de Montpellier, ou il est dit ceci :

« Employé en friction, le chlorydrate de cocaïne ne déter-
« mine aucune anesthésie ; mais, en *injection sous-cutanée,* il
« rend la peau insensible dans la région qui est en rapport avec
« l'injection. Ainsi, un centimètre cube de cocaïne au centième,
« anesthésie, une portion de peau de 3 centimètres de diamètre
« environ. L'insensibilité reste limitée à cette région et dure
« vingt minutes. »

Nous citerons aussi les traductions faites dans l'*Odontologie* à diverses reprises, et entre autres (page 272) une expérience de M. Tomes, sur lui-même.

Notons aussi une traduction de M. Thioly, d'un travail de M. Witzel donnant le mode d'emploi, avec formules pour injections et badigeonnages.

Les expériences de M. le docteur Telschow, à la Clinique, qui avait modifié la formule du docteur Witzel, en ajoutant de l'eau phéniquée à la solution, tel qu'il résulte d'une communication faite par M. Dubois à la Société, en date du 12 octobre 1886.

Enfin, une communication de notre collègue M. Viau.

II

Nous ne sommes certes pas les adversaires de ce nouvel agent, et nous croyons sincèrement qu'il mérite d'être employé.

J'ai eu par son emploi de nombreux succès, et, comme dans les observations que je vous présente, doses et mode opératoire étaient les mêmes, je ne puis croire que les insuccès relatifs dont je veux vous entretenir, étaient dus à un mode vicieux d'administration de l'agent anesthétique ou à son altération. Je crois donc pouvoir l'imputer au médicament lui-même.

Nous croyons qu'en en signalant les inconvénients, nous rendrons service à la science et à la pratique, que cela permettra à tous nos confrères d'en chercher la cause par de nouvelles expériences, soit en variant les doses ou en associant la cocaïne à un autre médicament. C'est certainement en examinant les défauts qu'on pourra les corriger, et, comme je ne crois pas que la méthode actuelle soit la perfection même, on pourra, je l'espère, arriver à trouver mieux.

Nous avons relevé, tant sur le livre de clinique de l'Ecole que dans notre exercice, cinquante observations d'anesthésie par la cocaïne, exécutées par nous. Pour être fidèle à notre rôle d'observateur consciencieux, nous avons relevé minutieusement toutes les particularités de l'opération. Phénomènes de sensibilité persistante, même quand elle était fort atténuée ; désordres généraux, légers vertiges, malaise, nausées, sueurs froides, cicatrisation plus lente ou accompagnée d'ostéite, de résorption alvéolaire plus étendue qu'à l'ordinaire, et enfin désordres de voisinage.

On devra tenir compte de l'esprit qui dicte notre travail. Il est pour tous les médicaments nouveaux une période d'engouement, et avec la meilleure foi du monde, certains observateurs ferment les yeux sur un côté de la question, — le revers de la médaille. Nous avons voulu le faire connaître tel qu'il nous est apparu.

Aucun des accidents que nous notons plus loin ne fut grave, la plupart furent même très légers. Mais quoi qu'il en soit nous n'avons pas voulu les passer sous silence.

Nous diviserons donc notre statistique en anesthésie, avec :

A. Succès complet. J'entends par succès complet : disparition absolue de la sensibilité, sans le plus petit désordre général, — ni vertiges ni malaise, — et enfin, avec une plaie se terminant normalement.

B. Anesthésie avec insuccès, accidents généraux et locaux, subdivisés comme suit :

1° Anesthésie incomplète ;

2° Anesthésie nulle ;

3° Anesthésie avec désordres généraux dus à l'intoxication ;

4° Accidents post-opératoires, portant soit sur la gencive, soit sur les parties voisines.

Nous tenons à vous donner lecture de quelques obeervations se rapportant aux subdivisions indiqueés plus haut :

Observation 6. — M. X..., 21 ans. Anesthésie locale à l'aide de la cocaïne 0,05 p. 50 cent. c'eau phéniquée.

Extraction de la deuxième prémolaire du bas côté droit. Cette dent absolument saine nécessite son extraction par suite d'anomalie, elle se trouve entre ses deux voisines et pour ainsi dire enclavée entre elles.

Son extraction est des plus difficiles et dure environ 3 minutes, elle se fait malgré cela sans douleur. Aucun accident avant et pendant l'opération.

Nous étions donc en présence d'un succès, lorsque aussitôt après l'opération des troubles se manifestent.

Pâleur de la face, sueurs froides, refroidissement des extrémités. Ces phénomènes durent 20 minutes, la malade se retire avec un léger mal de tête.

Observation 10. — Mme B..., 43 ans, bonne constitution, anesthésie locale, même dose.

Opération de la première grosse molaire du haut, côté gauche.

Accuse de la douleur au moment de l'extraction et jette un cri, cependant après interrogatoire, déclare la douleur supportable. Quelques instants après des accidents se manifestent et deviennent plus accusés, pleurs, sueurs froides, la malade est très agitée, refroidissement des extrémités. Ces phénomènes durent environ 30 minutes.

Observation 14. — M. T.... 45 ans, extraction de la première grosse molaire du bas, côté gauche. Douleur très supportable, sans accidents consécutifs.

Cette opération date du 6 novembre, le 12 du même mois le même malade vient me trouver pour lui enlever la racine de la petite incisive du haut côté droit. Cette fois ce fut un véritable succès, elle se fit sans aucune douleur.

Mais le malade que je viens de revoir m'annonça que quelques jours après l'opération, une ulcération s'était formée en suivant le sens antéro-postérieur de la voûte palatine et que son médecin avait été obligé après quinze jours de soins de lui enlever une petite partie du bord alvéolaire.

Tout est rentré dans l'ordre depuis.

Nous sommes donc à nous demander quelle est la cause de cet accident et nous sommes tenté de l'attribuer à la cocaïne, car jamais pareils accidents ne nous sont arrivés par le manuel opératoire ordinaire.

4 Janvier. Observation 32. — Mme D..., 35 ans, très impressionnable, bonne santé, opération de la deuxième bicuspide du bas, côté gauche, à l'aide de la cocaïne.

A senti l'extraction et jette un cri au moment de l'opération.

La malade la déclare cependant plus supportable que l'extraction sans anesthésie. Cette malade nous fait la déclaration suivante que nous n'avions pas encore observée. — La cocaïne produit chez elle un sentiment de béatitude fort agréable, dit-elle, qui lui donne le désir d'en renouveler l'emploi. — Reste dans un état de somnolence pendant au moins 40 minutes.

Le 8 janvier nous revoyons la personne et nous constatons une ulcération à la face postérieure du maxillaire, vers le point où a été faite la piqûre de la largeur d'un pois. — Après avoir enlevé l'eschare on s'aperçoit que l'os est dénudé en cet endroit; le 17, la plaie n'est pas guérie tout en lui faisant des injections antiseptiques tous les deux jours.

Observation 49. — Le 12 janvier, à la même personne, extraction de la racine de la dent de sagesse du haut côté droit. Succès complet.

Observation 26. — M. L..., 30 ans, très pusillanime, a fait usage du protoxyde d'azote dont il est émerveillé; ne se soumet à se faire l'opération que sur notre insistance et après force promesses d'insensibilité. — Il s'agissait d'enlever la deuxième grosse molaire du bas côté droit, ainsi que la dent de sagesse même côté, atteintes toutes deux de caries pénétrantes.

Nous nous proposons d'abord d'enlever la deuxième grosse molaire et nous pratiquons l'injection en conséquence.

L'injection réussit convenablement, nous attendons le temps réglementaire, c'est-à-dire 6 minutes, et nous enlevons la dent. — A notre grand étonnement le malade pousse des cris terribles et reconnaît avoir senti l'opération comme à l'ordinaire.

Il m'observe que le seul effet de la cocaïne pour lui, a été tout moral. Je cite ici ses propres paroles.

Une fois mon malade un peu calmé je cherchai à lui faire comprendre que ce n'était qu'un insuccès passager et que pour l'autre dent nous serions certainement plus heureux. Je lui proposai donc de lui faire une nouvelle injection qui après tâtonnements fut acceptée. Même quantité fut donnée dans les meilleures conditions et j'ose affirmer que pas une goutte ne fut perdue; après le temps convenu j'opérai. Cette fois mon malade accuse avoir moins de douleur quoiqu'ayant souffert, toutefois il déclare cette seconde relativement supportable.

Observation 46, 5 janvier. — Mme Legendre, 26 ans, sans profession, bonne santé. Extraction à la cocaïne de la deuxième grosse molaire inférieure droite.

Résultat non satisfaisant, douleur ordinaire, sensation d'engourdissement dans la bouche, un côté de la langue paralysé.

Cette dernière a été faite sous nos nos ordres par un élève de l'Ecole après injection faite par nous.

Comme on peut le voir : Les malades 6 et 10 ont donnés des désordres dus à l'intoxication.

Les observations 14 et 32 sont typiques pour indiquer les accidents post-opératoires et enfin les observations 14 et 32, nous montrent les insuccès.

Du reste il résulte des 56 cas relevés plus haut la statistique suivante :

A. Succès complets........ 19

B. *Anesthésie avec Insuccès ou Accidents*

Anesthésie incomplète. 16
Anesthésie Nulle...... 4
Accidents généraux.... 9
Accidents de voisinage. 10

Nous ferons observer en passant que relativement aux accidents de voisinage que la clientèle de clinique ne se revoit pas habituellement, mais que s'il avait été possible d'en suivre tous les malades on aurait peut-être un tant pour cent plus élevé.

Action de la cocaïne sur la sensibilité locale

Ainsi donc, Messieurs, sur 50 cas, nous n'avons eu aucune atténuation du phénomène douleur que dans quatre cas. Sur 46 autres elle a été atténuée ou nulle, à ce point de vue on ne peut-être qu'encouragé à servir de la cocaïne.

Action de la cocaïne sur l'état général

La cocaïne est un poison, elle a déjà son martyrologe et on aurait pu craindre que dans nos mains, que pour notre pratique, elle donnât lieu à des accidents généraux redoutables, ou assez graves, or sur 50 cas nous n'avons eu d'accidents généraux que sur 9, c'est-à-dire sur 1 sur 5 cas environ, maiscomme je vous l'ai dit j'ai noté les accidents les plus légers. Somme toute, nous n'avons jamais eu de craintes sérieuses sur la santé de nos patients, pourtant nous n avons pas voulu passer sous silence des malaises, des sueurs froides des contractions spasmodiques, même fugaces.

Nous croyons donc qu'à la dose de 0 gr.05 la cocaïne peut

avoir quelques inconvénients mais il ne nous a pas été donné, heureusement d'en observer de graves.

Action de la cocaïne sur la muqueuse buccale et les parties connexes

Les accidents post-opératoires sont au nombre de 10 sur 50 observations, soit 1 pour 5.

Cette suppression de la sensibilité et peut être de la nutrition des tissus pendant les 15 ou 20 minutes que dure l'anesthésie, est-elle sans inconvenients ? Le traumatisme de l'injection s'ajoutant à celui de l'opération n'augmente-t-il pas quelque peu les désordres locaux, et l'absorption du médicament n'est-elle pas aussi un des facteurs des troubles observés ? Car d'après ce que j'ai recueilli dans ma pratique et dans les observations de mes confrères, il y a assez souvent œdème de la face, œdème non douloureux il est vrai. mais que l'on rencontre rarement, dans la pratique ordinaire. Le chiffre 10 est donc plutôt faible qu'exagéré.

Malgré ces quelques réserves, nous n'en sommes pas moins convaincus que nous n'avions jamais eu jusqu'ici un agent anesthésique égalant la cocaïne.

Nous serions heureux de pouvoir vous présenter prochainement une statistique encore plus encourageante et qu'on pût dire que l'anesthésie locale sans danger, sans accidents est enfin au service de la chirurgie dentaire.

UN CAS DE RÉIMPLANTATION AVEC NOUVELLE MÉTHODE DE RÉTENTION DE LA DENT RÉIMPLANTÉE

Par M. HEIDÉ.

Le 3 janvier 1886, se présenta à la clinique de l'Ecole dentaire Mlle K..., âgée de 18 ans, dont la première petite molaire droite supérieure était atteinte d'une carie du quatrième degré compliquée de périostite chronique.

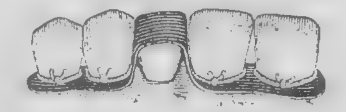
Cette dent avait été obturée auparavant au mois de mai 1885, mais le plombage n'avait pas donné de bons résultats, et le canal se trouva à découvert, ainsi exposé à l'action désorganisative de la salive et des détritus alimentaires, l'ivoire ne tarda pas à se ramollir et la dent entièrement ouverte sur la face latérale, resta pendant environ six mois dans cet état. Malgré le traitement suivi pendant quatre semaines, les douleurs persistaient

Cette jeune demoiselle tenait absolument à conserver sa dent ; la réimplantation lui fut donc proposée, elle accepta de subir l'opération. La dent fut extraite au moyen du davier ; les racines, au nombre de deux, présentaient leurs extrémités privées de leur enveloppe périostique et étaient même nécrosées, la racine palatine

était parfaitement droite, la racine labiale, au contraire, présentait une courbure à son extrémité.

Aussitôt sortie de l'alvéole, la dent ainsi que la cavité alvéolaire, furent nettoyées minutieusement par des lavages à l'alcool et avec de l'eau phéniquée. La cavité cariée fut nettoyée et obturée au ciment de Poulson, les canaux agrandis avec soin et obturés de façon à ne laisser aucun vide, évitant ainsi tout foyer d'infection. La partie malade des racines fut reséquée. De nouveau on lava et tamponna dent et alvéole avec de l'acide phénique étendu d'eau tiède, puis celle-ci fut replacée. L'opération demanda vingt minutes.

Pour ce cas, nous avons employé comme moyen de rétention un nouveau système que nous avons appris de M. Herbst lors du voyage que nous fîmes à Brême en 1885, et qui consiste à maintenir la dent au moyen de la digue, au lieu d'employer comme on le fait habituellement les ligatures ou appareils prothétiques. Le caoutchouc est percé de façon à laisser un espace de cinq millimètres environ et basé sur le volume de la dent intermédiaire entre les deux trous et devant passersur les dents voisin es de la dent à réimplanter.



La digue est placée de la manière suivante : Dans un des trous nous avons introduit la deuxième petite molaire, c'est-à-dire la voisine de celle que nous venons d'opérer, puis au moyen d'un fil, nous avons serré le collet de la dent, au-dessous du caoutchouc, à seule fin de l'empêcher de glisser, puis nous avons fait coiffer la dent que nous venions de réimplanter, nous avons introduit la canine voisine dans le deuxième trou, et comme pour la deuxième petite molaire, un fil y fut attaché. Ces diverses opérations terminées, l'excédent de caoutchouc fut coupé. Par ce système, la digue se trouve maintenue par deux dents saines et solides; elle a deux joints fixes, qui maintiennent fermement dans l'alvéole la dent réimplantée par une pression constante. Huit jours après cette opération, le 11 janvier, la patiente se représenta à la *clinique*, elle avait souffert les trois premiers jours qui suivirent l'opération; à partir du 6 les douleurs cessèrent. Les souffrances des premiers jours s'expliquent facilement, n'avant pas suivi le traitement ordonné. L'examen de la bouche nous laisse voir la gencive normale comme coloration et sans aucun gonflement, la dent nous démontra *que quoique* encore un peu chancelante, elle était assez solide pour permettre l'enlèvement de la digue. La pression sur la face triturante provoquait cependant encore un peu de douleur.

Huit jours après, le 17 janvier, la dent ne présentait plus que

très peu de sensibilité au toucher, l'articulation était normale et sans aucun changement. La mastication peut se faire, quoique encore un peu gênée. On recommande à la malade de ne pas manger dessus, afin de hâter la solidité et de ne pas provoquer d'inflammation.

Trois semaines après l'opération, le 26 janvier, la pression sur la face triturante de la dent ne provoque plus qu'une douleur imperceptible. La dent est très bien consolidée et les gencives ne présentent aucun indice d'inflammation. Les douleurs avaient complètement cessé dès la première semaine et la patiente est très satisfaite de l'opération, et comme nous pouvons constater à cette date du 20 décembre, dix-neuf mois après la réimplantation la dent est très solide, à un tel point que la malade la trouve plus ferme que ses voisines.

DEUX CAS DE RESTAURATION DE COURONNES A L'AIDE DE FRAGMENTS DE DENTS MINERALES

Par M. Prevel

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Il y a déjà longtemps que l'on a utilisé pour la première fois des fragments de dents minérales, pour restaurer les couronnes de dents fracturées accidentellement, ou détruites par la carie. Nos traités classiques en parlent. M. Chauvin en avait aussi entretenu jadis le Cercle des dentistes dans une communication insérée au Bulletin de cette société.

Ce n'est donc pas pour m'attribuer des mérites d'inventeur que je vous soumets les cas que j'ai l'honneur de vous présenter ce soir. Mais simplement pour montrer à ceux d'entre nous qui ne l'ont pas pratiqué, quelles ressources nous offrent ce moyen de reconstitution.

J'y joindrai la description d'une petite modification que j'ai apporté à la construction des dents à pivots, modification des plus utiles pour fixer les morceaux de dents minérales.

Le 24 octobre dernier, je remplissais, à l'Ecole dentaire, les fonctions de chef de clinique, en qualité de suppléant, lorsqu'on m'amena une fillette de 11 ans dont les deux incisives supérieures centrales avaient été rompues horizontalement, par une chute, à la hauteur de la chambre pulpaire, laquelle se trouvait à nu.

Mon premier soin fut d'employer le traitement du 3e degré que nous connaissons tous. A part une périostite à l'incisive de droite, tout se passa pour le mieux.

Les deux incisives avaient été brisées par la moitié : j'égalisai les rugosités qui restaient; puis je m'occupai d'y adapter les pivots Contenau-Godard, toutefois avec cette modification que j'enlevai les rainure du pivot.

Voici pourquoi : il me fallait une très grande précision pour l'application de ma dent minérale. Les rainures n'étant pas suffisamment libres pour retirer le tout ensemble de la gaîne, je la sacrifiai. — Mais aussi je sacrifiais, par là même, le seul moyen qui donne à la dent sa résistance aux mouvements latéraux avec cette difficulté nouvelle, que, au lieu d'avoir, comme dans les dents à pivots ordinaires, un festonnage gingival, j'étais en présence d'une surface plane et glissante.

J'avais bien à ma disposition les moyens employés jusqu'à ce jour, c'est-à-dire, les poussées vigoureuses dans la racine; mais je pensais bien que je n'en obtiendrais pas un résultat parfait; car un effort produit sur la dent pouvait me la détourner de sa ligne d'ajustement.

C'est alors que je conçus l'idée de souder une tige à la plaque de support et de la loger dans une cavité postérieure que j'appellerai, si vous le voulez, *Cavité du scellement*, en insérant de l'or adhésif dans cette cavité.

Pour cela, il me fallut fendre à sa partie postérieure, en forme de V, la plaque de support, de manière que cettte ouverture format un losange avec la cavité restée libre. C'est dans le fond de cet angle que je soudai la tige dont je viens de vous parler, après avoir recourbé l'extrémité pour la rendre plus solide. J'aurifiai la gaîne de mon pivot dans les parties latérales en laissant libres les parties postérieures.

Cette opération n'a été complètement achevée que pour une seule dent, celle de droite, sur le sujet qui vous est présentée : la dent est placée, la cavité aurifiée. Celle de gauche est libre et vous permet d'apprécier la méthode que j'ai suivie.

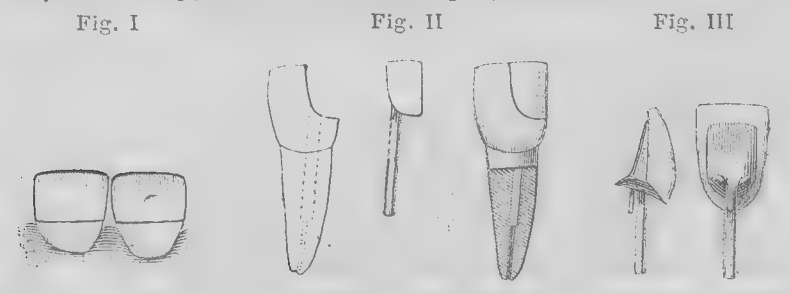


Fig. 1. Deux incisives restaurées. Fig. II. Coin d'incisive restaurée. Fig. III. Dent à pivot avec tige postérieure pouvant être scellée.

Pour une carie étendue de grande incisive j'ai reconstitué un angle de la dent en me servant du canal dentaire pour y introduire une tige formant pivot. Pour ces reconstitutions partielles on est dans des conditions moins favorables que pour faire une couronne en entier la pénétration indirecte dans le canal,

l'impossibilité de l'agrandir comme pour la dent à pivot ordinaire, enlève quelques éléments de force.

De plus, le placement du morceau de dent minérale, doit être fait avec la plus grande exactitude. Dans ces cas, il y a avantage d'avoir à la partie linguale de la dent, une cavité de scellement; la seconde petite tige favorise et la fixite de la dent, et la rétention de la matière obturatrice.

Je voulais vous présenter le patient de ma clientèle, à qui j'ai reconstitué la dent dont je vous parle, il lui a été impossible de venir ce soir.

M. le docteur David et M. Dubois ont examiné ce cas et ont bien voulu le trouver d'exécution satisfaisante.

Je pense qu'il y aurait avantage à utiliser ce mode de scellement au moins pour les reconstitutions partielles.

Je l'emploie aussi pour les dents à pivot.

Doit-on lui donner la préférence sur l'ancien système? Je n'oserais encore l'affirmer d'une façon positive. Pour moi, j'y trouve une supériorité réelle, celle de me rendre complètement maître de ma dent; et, si une complication, gingivite ou autre, vient à se produire, j'enlève l'obturation et la dent sort du tube sans effort.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

COMPTE RENDU GÉNÉRAL ANNUEL

Par M. G. Blocman, Secrétaire général

Séance du 18 janvier 1887

Messieurs,

La société d'Odontologie se dessine de plus en plus comme société spéciale, et s'affirme de plus comme société scientifique, il nous suffira de jeter ensemble un coup d'œil sur les travaux de cette dernière année et de les comparer à ceux des années précédentes pour nous en convaincre.

Les parties médicale, chirurgicale et thérapeutique du vaste champ d'études que l'art dentaire laisse ouvert à nos investigations ont été particulièrement abordées dans nos réunions.

L'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne est venue en première ligne, en même temps que le protoxyde d'azote était brillamment défendu par notre savant professeur le docteur Aubeau. La société, messieurs, a donc fait besogne utile en étudiant presque de front ces deux agents qui comptent chacun tant de partisans et tant d'ennemis. De tels débats ne peuvent être que profitables à tous.

L'anatomie nous a fourni des pièces intéressantes que plusieurs membres de la société nous ont présentées en les offrant au musée de l'Ecole. Cette importante branche de la science, base de toutes les applications chirurgicales et dentaires, nous a valu un intéressant travail sur le nombre des canaux de certaines dents.

La clinique dentaire a été la source de plusieurs communications, véritables monographies des plus complètes. Les réimplantations, les troubles d'origine dentaire, les extractions difficiles, ont tour à tour pris place sur nos ordres du jour et fourni l'occasion de discussions approndies dans nos réunions.

La prothèse a procuré à plusieurs d'entre nous l'occasion d'exposer des procédés peu connus dans les cas assez rares en pratique, tels que restauration faciale, dents à pivot compliquées, appareils en aluminium coulé ; je crois pouvoir rappeler en passant qu'un membre de la société a formé le souhait de voir plus souvent des présentations de ce genre figurer sur nos convocations. L'aurification par les différentes méthodes employées actuellement a été l'occasion de discussions intéressantes et des plus utiles.

Je passe rapidement, messieurs, sur cette nomenclature sommaire, il me faudrait pour être juste citer tous les travaux qui ont été présentés ici et dire à chacun un bon mot, car en effet tous ceux qui travaillent dans le but d'élever le niveau scientifique de l'art dentaire, en France, méritent, non seulement une approbation mais un énergique encouragement. Je vais, messieurs vous donner lecture de tous les travaux de l'année 1886 et vous verrez par vous-mêmes qu'ils sont dignes de ceux qui les ont précédés et une garantie sérieuse pour ceux qui suivront.

CLINIQUE CHIRURGICALE ET MÉDICALE. — THÉRAPEUTIQUE.

Dr Aubeau.— Conditions d'innocuité de l'anesthésie et du succès de l'opération pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote pur. (V. Odont., déc. 1885, p. 552, et Odont., janv. 1886, p. 8.)

Dr Aubeau. — De l'anesthésie locale, au moyen du chlorhydrate de cocaïne et les pulvérisations d'éther combinés. (V. Odont., janvier 1886, p. 8.

Viau.— De l'anesthésie locale par les injections sous gingivales de cocaïne et d'acide phénique. (Odont., sept. 1886, p. 429.)

Godon. — Pansement calmant à la suite d'extraction. (Odont., oct., 1886, p. 446.)

Dubois. — Observation des expériences faites par M. Telchow, à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris, sur l'anesthésie locale. (Odont., sept. 1886, p. 377.)

Pigis.—Observations sur l'anesthésie par l'injection sous-muqueuse d'une solution phéniquée. (V. Odont., déc. 1886, p. 536.)

Poinsot. — La colchicine en thérapeutique dentaire. (V. Odont., mai 1886, p. 206.)

CLINIQUE DENTAIRE.

Poinsot. — Observation clinique, recueillie à l'Eeole.

Mousins. — Kyste folliculaire. (V. Odont., juin 1886, p. 255.)

Poinsot. — Troubles occulaires, d'origine dentaire. (V. Odont., juin 1886, p. 243.)

Blocmann. — Fracture dentaire spontanée. (V. Odont., juin 1886, p. 256.)

Ronnet. — Extraction difficile. — Ablation de tumeur. (V. Odont., juillet 1886, p. 301.)

Poinsot. — Des dents mortes. (V. Odont., 1886, p. 240.)

Godon.—Réimplantation à la suite de périotiste chronique. (V. Odont., sept. 1886, p. 384). — Chute prématurée des dents temporaires. (V. Odont., sept. 1886, p. 387.)

Godon. — Réimplantation. (V. Odont., oct. 1886, p. 445.)

Bugnot.— Traitement curatif et préventif de la carie des faces triturantes et linguales par le rodage. (V. Odont., déc. 1886, p. 531.)

Poinsot. — Déontologie dentaire. (V. Odont., décembre 1886, p. 523.)

Chauvin. — Deux cas de réimplantation. (V. Odont., décembre 1886, p. 538.)

Poinsot. — Fracture dentaire spontanée. (V. Odont., décembre 1886, p. 538.)

Pillette et *Dubois*.— De la création d'nn service dentaire dansl'armée.

ANATOMIE.

Dr Levett. — Au nom du Dr Kuhn. — Un maxillaire inférieur humain, avec dent de sagesse dirigée horizontalement.

Legret.—Présentation d'anomales de dents temporaires et de dents permanentes.

Poinsot. — Molaires supérieures soudées.

Chauvin. — Anatomie normale des grosses molaires inférieures, au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. (V. Odont., oct. 1886, p. 423.)

Dubois. — Présentation de pièces pathologiques au nom de MM. Carcin, Papot Gère et Stener. (V. Odont., nov. 1886, p. 497.)

Legret. — Lecture d'une lettre de M. Quincerot sur un moyen d'éviter l'extraction d'une dent pendant la rotation brusque. (V. Odont., juillet 1886, p. 306.)

Godon.— Nouveaux cautères. (V. Odont., juillet 1886, p. 295.)

Chauvin. — L'or mou, sa supériorité comme matière obturatrice. (V. Odont., juillet 1886, p. 285.)

Bertin.— Nouvelle substance pour empreintes. (V. Odont., oct. 1886, p. 445.

Heidé.—Instruments à aurifier, méthode Herbst. (V. Odont., oct. 1886, p. 447.)

Choquet. — Appareil pour se préserver de l'humidité pendant les opérations dentaires. (V. Odont., oct. 1886, p. 447).

Gillard.—Nouveaux porte-disques.

Wiesner.—Présentation d'un crâne supposé ancien, muni de fausses dents. (V. Odont., nov. 1886, p. 116.)

Dr Lewett.— L'or adhésif et l'or mou. (V. Odont., janvier 1887.)

Poirier.— Moulages en cire. (Voir *Odont.*, janvier 1887).

REVUE DE L'ÉTRANGER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANESTHESIE OBTENUE A L'AIDE DE LA COCAINE

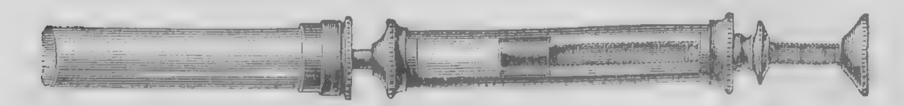
Par le Dr Telschow, de Berlin.

Traduction du Dr Aubeau.

La quantité de cocaïne à employer est tout à fait individuelle elle doit être proportionnée à la constitution du sujet soumis

son action et varie entre 4 et 8 centigrammes. (On fera usage de doses minimes chez les patients faibles ou épuisés par de longues souffrances, de même que chez ceux dont l'estomac est vide.)

Je conserve toujours la cocaïne non dissoute, parce qu'à l'état de dissolution elle s'altère plus rapidement ; je la dissous (au moment de l'emploi), dans un cylindre de verre, à l'aide de 10 à 12 gouttes d'eau distillée légèrement phéniquée (environ 1 partie d'acide phénique pour 1000 parties d'eau).



Comme le montre la figure, on fixe le cylindre à la seringue, de sorte que la solution peut ainsi être aspirée facilement, en élevant le pistori.

On remplit la seringue jusqu'à une ou deux divisions au-dessus de la moitié, de façon à avoir 4 à 8 centigrammes de cocaïne dissouts dans 40 à 80 centigrammes d'eau ; ce qui constitue une solution à 10 pour cent.

Je ne considère pas comme pratique l'emploi d'une seringue dont le piston se meut à l'aide d'une vis. On doit, en effet, en pareil cas, se servir des deux mains et par suite le manuel opératoire est peu sûr. Il vaut mieux faire usage de la seringue de Pravaz qui permet d'employer la main gauche pour diriger la canule. Après l'injection, on comprime la piqûre avec un doigt pendant quelque temps, afin d'empêcher la cocaïne injectée de refluer au dehors. Pour que la seringue ne s'abîme pas, il faut toujours conserver humide la rondelle de cuir qui entoure le piston. On trempera, avant comme après l'injection, la canule dans l'huile légèrement phéniquée et l'on introduira dans la lumière un fil métallique. En achetant la seringue, on aura soin de prendre des canules minces et aiguisées.

On tiendra cette canule propre afin de se mettre en garde contre l'infection toujours menaçante. Je conserve la cocaïne dans de petits tubes de verre, dont les bouchons portent écrite la valeur en poids du médicament.

L'on fera la dissolution à l'aide d'un compte-goutte pratique.) Comme Witzel l'a déjà fait observer dans son travail sur l'anesthésie par le cocaïne, cette substance a pour effet de produire la contraction des vaisseaux. Elle provoque par suite l'anémie de cerveau, elle accélère les mouvements du cœur, elle entraîne la pâleur du visage et le refroidissement des extrémités. Si l'on injecte la cocaïne dans les réseaux nerveux ou dans les vaisseaux lymphatiques, les troubles généraux sont plus accentués. Tous mes efforts tendent à obtenir une anesthésie aussi localisée que possible. J'y réussis :

1° En faisant l'injection très près du bord de la gencive, là

où les lymphatiques et les filets nerveux sont le moins abordants.

2° En faisant l'injection aussi bien du côté lingual que du côté labial de la gencive.

3° Environ 2 minutes après l'injection, en décollant le bord libre de la gencive avec le bistouris et en faisant un badigeonnage entre la dent et la gencive, à l'aide d'un pinceau, avec une solution de cocaïne à 20 pour cent.

Cette dernière manœuvre a encore pour effet de prouver au patient l'action de la cocaïne ; il constate l'insensibilité et en tire plus de courage pour subir l'opération. C'est notamment ce qui arrive dans la périostite ; après l'injection, la dent est insensible au choc le plus violent, alors qu'avant l'injection le simple contact de la langue provoquait des douleurs intenses. Au bout de 3 ou 5 minutes, je fais l'opération, qui lorsqu'elle n'est pas absolument sans douleur est au moins très supportable et vous attire toujours la reconnaissance du patient. J'ai recours à ce procédé toutes les fois que j'ai une dent à extraire, lorsqu'il y a quelque contre indication à l'anesthésie proto-azotée, où lorsque le patient éprouve une trop grande appréhension pour l'anesthésie générale.

Si l'on veut opérer tout à fait sans douleur, il faut naturellement employer de plus fortes doses et alors on voit survenir les manifestations genérales que Witzel a si bien décrites dans Heft I. der . Vortrage über Zahnheilkunde (Ueberdie-Cocaïn-Anesthesie).

En pareils cas et lorsqu'il y a plusieurs dents à extraire, j'ai recours à l'*Anesthésie proto-azotée qui entraîne des suites beaucoup moins sérieuses* et qui, par un emploi judicieux, surtout lorsqu'on mélange le protoxyde d'azote avec l'oxygène, comme je le fais, est inoffensive. A ce propos je remarquerai que dans les cas de périostite, avant l'anesthésie avec le gaz, j'injecte une solution faible de cocaïne (3 à 4 centigr. dans 50 centigr. d'eau). J'agis de la sorte afin de supprimer la douleur consécutive à l'extraction, douleur qui est, comme on le sait, souvent fort vive et qui fait dire aux patients, lorsqu'ils la perçoivent au réveil, qu'ils ont senti l'extraction. J'agis encore de la même façon, ainsi qu'il a été dit, principalement pour l'extraction des dents surtout lorsqu'elles sont atteintes de pulpite gangreneuse avec complication, (fistule, etc), ou lorsqu'il existe de la périostite.

Dans le premier cas, la gencive est dure et ferme de sorte que la cocaïne n'est pas facile à appliquer ; dans le second, les capillaires sont anormalement dilatés, la solution injectée est plus vite absorbée et l'anesthésie locale se produit plus facilement. Je n'ai jamais observé les manifestations générales qui sont dangereuses pour le patient. Les seuls symptômes de ce genre qui se sont produits sous mes yeux, sont survenus à la clinique dentaire de la rue Richer, 23, à Paris, lorsque j'allais faire connaître ma méthode à mes collègues. Ils survinrent chez un vieillard et chez une

femme très nerveuse. J'ai commis la faute d'injecter à ces deux patients de trop fortes doses de cocaïne.

Depuis, j'emploie en injection, des doses faibles, mais je badigeonne plus largement en prenant soin de soustraire la langue à l'action de la cocaïne. D'habitude, ma méthode n'entraîne aucune suite ; les palpitations, la défaillance, la pâleur du visage, le refroidissement des mains sont des manifestations rares et qui disparaissent rapidement ; ordinairement le patient est en état de retourner immédiatement à ses occupations.

Le meilleur antidote, en cas de manifestations générales consiste en l'inhalation de 5 à 6 gouttes de nitrite d'amyle ou dans l'administration de vin généreux ou de cognac. De même que, par l'anesthésie proto-azotée, le praticien résolu et habile obtient de bons résultats, de même l'opérateur intelligent doué du coup d'œil pratique, obtiendra d'excellents succès auprès du public à l'aide de la cocaïne et s'attirera la reconnaissance des malades. La cocaïne bien maniée est un grand bienfait pour l'humanité et son emploi ne tardera pas à se généraliser dans la pratique dentaire.

Je fais usage de la cocaïne de E. Merk, de Darmstadt, et lui donne la préférence. C'est cette préparation que j'ai employée dans les expériences que j'ai faites à la clinique dentaire de la rue Richer qui est la plus ancienne à Paris. — Comme j'avais laissé tomber, en voyage, la plus grande partie de ma provision et que je voulais faire aussi des expériences à la nouvelle clinique de la rue de l'Abbaye, je cherchai à Paris la cocaïne de Merk, sans pouvoir m'en procurer. Je trouvai par hasard dans une droguerie un échantillon de la cocaïne de Schering, de Berlin, et j'employai aussi une préparation française. A la clinique en question je fis usage de la cocaïne française chez une dame très nerveuse sans obtenir les résultats désirés. On me présenta ensuite à la fin de la clinique une bonne à qui on avait déjà enlevé une dent l'extraction l'avait fait beaucoup souffrir. Elle était peu disposée à subir une nouvelle extraction. Après l'ablation de la seconde dent pendant l'anesthésie à la cocaïne, la patiente se déclara prête à subir une troisième extraction par le même procédé; mais on ne nous laissa pas le temps de faire cette opération. La cocaine trouve une autre application dans l'emploi des caustiques. On sait que même avec les meilleurs caustiques se produisent des douleurs parfois très vives. Il suffit de mélanger la quantité de caustique nécessaire avec de la cocaïne pulvérisée pour que la destruction du nerf soit tout à fait indolore. Il est à peine besoin de dire que j'emploie la cocaïne pour pratiquer les petites comme les grandes incisions. On peut encore recourir à la cocaine comme moyen hémostatique en raison de la propriété physiologique qu'elle a de faire contracter les vaisseaux.

La méthode est *encore jeune* ; mais : « *Celui qui a la jeunesse, a l'avenir.* »

TRAITEMENT CONSERVATEUR DES INFLAMMATIONS DE LA PULPE

Par Witzel

Traduit et résumé par R. Heidé

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris

(*Suite*) (1)

Pour certaines dents, particulièrement pour les prémolaires supérieures, il y a de bonne heure exposition de la pulpe, même ponr les caries commençantes. Les parties exposées en premier lieu sont celles qui recouvrent les cornes de la pulpe,— partie linguale ou labiale de la cavité pour les prémolaires.

Une capsule petite et ovale est ce qu'il y a de préférable pour coiffer ces pulpes. On place un peu de pâte au sublimé dans la coiffe, on la fixe dans la cavité par du ciment, mis en assez grande quantité, pour que le foulage ultérieur de la substance obturatrice métallique ne déplace pas la coiffe. Par la combinaison du ciment et de l'amalgame, on atténue la décoloration subséquente de la dent.

Aux prémolaires inférieures il est très rare que l'exposition de la pulpe résulte d'une carie de face triturante. Les caries latérales en sont presque toujours la cause. La dénudation se fait souvent dans ces dents au centre de la chambre pulpaire, et non vers les cornes. Les caries du collet pénètrent parfois jusqu'à la pulpe,

Pour coiffer, dans ces cas, on choisira des capsules très petites, rondes et ovales

Aux grosses molaires et dans les cavités centrales même, lorsqu'elles ont gagné la face latérale, l'exposition de la pulpe commence toujours par une des cornes.

Comme pour les caries précédemment désignées, on applique une petite capsule ovale ou ronde. Pour les caries étendues du collet, surtout quand elles s'étendent au-dessous de la gencive, le coiffage de la pulpe dénudée est dans des conditions défavorables, le filet nerveux peut s'atrophier sur un point, séparer la partie coronnaire de la partie radiculaire et engendrer une atrophie totale.

Le pronostic est assez favorable, quand la dénudation est limitée à l'une des cornes, tandis que la dénudation centrale ou vers la partie radiculaire, offre moins de chances de succès.

Les opérateurs qui ne connaissent pas bien l'anatomie de la dent perçent parfois, sans s'en douter, la chambre pulpaire, surtout en faisant des points de rétention. L'atrophie et la mortification de la pulpe, en sont presque toujours la conséquence, malgré le traitement.

---

(1) Voir *Odontologie*, novembre 1886. p. 505.

Les pulpes douloureuses spontanément ne doivent pas être coiffées, le traitement conservateur ne peut leur être appliqué avec de grandes chances de succès.

Pourtant, si on veut tenter cette opération, on l'exécutera ainsi : La dentine désinfectée à l'aide de l'alcool sublimé est enlevée sur les parois de la cavité ; elle est laissée au-dessus de la pulpe, un pansement d'acide phénique et de benjoin est placé, il reste 24 ou 48 heures. Si le patient n'a pas souffert dans cet intervalle, le coiffage peut être tenté. La dentine est enlevée hardiment (environ 1 millimètre carré) ; en n'enlevant que la partie recouvrant le point dénudé, on n'obtient pas une antiseptie complète, quand même on se servirait de désinfectants et d'antiseptiques très énergiques.

Si la pulpe saigne abondamment, et si l'on trouve un peu de pus après l'enlèvement de la dentine, on ne doit pas essayer de conserver l'organe.

Quand la pulpe a provoqué des douleurs spontanées pendant la nuit, ne serait-ce qu'une seule, le traitement conservateur n'a plus de chances. L'examen microscopique des pulpes qui ont subi cette poussée inflammatoire, montre que la mortification partielle est déjà commencée. La coloration des noyaux ne réussit plus, les cellules sont donc mortes.

Le coiffage n'a des chances de réussite que si après avoir enlevé la dentine, on aperçoit le point dénudé de couleur rouge cerise et non gris foncé, et enfin quand le saignement est insignifiant.

AMPUTATION DE LA PULPE.

Cette opération consiste à enlever la pulpe dans la chambre pulpaire, après l'avoir préalablement cautérisée à l'acide arsénieux.

On laisse en place les prolongements radiculaires, puis la chambre est obturée avec un ciment antiseptique.

Ce procédé est recommandable pour les molaires, parcequ'il est très difficile dans ces dents d'enlever complètement les nerfs dans toutes les racines.

Avant de fraiser dans la chambre pulpaire, et d'amputer la pulpe, il faut préparer la cavité pour recevoir la matière obturatrice.

Cela fait, on prend une fraise ronde, propre et bien coupante, de la même grosseur que la chambre pulpaire, on la trempe dans l'acide phénique, puis on perfore jusqu'au fond de la chambre en enlevant la pulpe.

La main à angle droit atteint mieux le but pour les cavités postérieures et pour les dents du bas.

Si l'application de l'acide arsénieux a été bien faite, le patient ne souffre pas beaucoup.

Si la pulpe a subi partiellement la dégénerescence calcique, la sensibilité peut être assez grande. Dans les cas rebelles, on pourrait faire une seconde application d'acide arsénieux dans la

chambre même. Les petites hémorragies s'arrêtent facilement, soit en injectant de l'eau froide, soit en touchant l'ouverture des canaux avec de l'éther phéniqué et iodoformé.

Si on a la certitude qu'il ne reste plus de débris de pulpe dans les coins, que les fragments de dentine excisés sont bien enlevés, on sèche bien la cavité et on remplit toute la chambre pulpaire avec du ciment iodoformé. On applique ensuite une capsule bien choisie en la faisant bien reposer sur la dentine environnante. On peut obturer ensuite la dent au ciment ou à l'amalgame, en prenant bien soin de ne pas déranger la dite capsule pendant les manœuvres du foulage.

TRAITEMENT CONSERVATEUR DES PULPES GANGRENÉES,

Si l'on a pu éloigner les débris de nerfs déjà décomposés, on doit désinfecter énergiquement la chambre et les canaux. Il n'est rien de supérieur dans ce but à l'emploi du sublimé. Pour cette opération, il vaut mieux placer la digue afin de ne pas être gêné par la salive. L'entrée dee canaux étant bien dégagée on injecte quelques gouttes de solution de sublimé au 20e en se servant d'une sonde à racines pour immerger toute la surface des car naux.

Les canaux imbibés de sublimé, on introduit aussitôt la pâte (sublimé ou phénique et morphine) à l'aide d'une spatule, puis on la presse avec un fouloir, de manière à ce qu'elle pénètre parfaitement à l'extrémité des canaux. On réussit ainsi à rendre les restants de nerf décomposé complètement inoffensifs.

Afin d'empêcher de fuser au dehors, il est bon de placer sur la pâte une capsule qu'on recouvre ensuite d'un ciment. Au bout de deux ou trois jours, la dent et même l'alvéole sont si bien désinfectés qu'on peut faire l'obturation définitive.

FORMULES DIVERSES EMPLOYÉES
DANS LE TRAITEMENT CONSERVATEUR.

Chlorydrate de cocaïne........	2.
Eau de menthe..............	5.
Alcool.....................	5.

Ether iodoformé et phéniqué

Iodoforme..................	1.
Acide phénique..............	0. 5
Camphre....................	0. 1
Ether sulfurique.............	10.

Pâte arsenicale

Acide arsénieux..............	2.
Acide phénique..............	2.
Chlorydrate de morphine,.....	2.
Bichlorure de mercure........	0. 5

Glycérine, huile de menthe poivrée en quantité suffisante pour faire une pâte.

SOLUTION DE SUBLIMÉ.

Bichlorure de mercure........	20.
Acide phénique..............	10.
Alcool éthylique rectifié.......	75.
Eau de menthe poivrée........	25.

Pour désinfecter la dentine.

PATE AU SUBLIMÉ.

Bichlorure de mercure........	2.
Acide phénique..............	1. 5
Chlorydrate de morphine......	1. 5

Mêlez :

Ajoutez :

Essence de menthe poivrée.	a a
Essence de girofle.........	1 goutte

Pour placer dans la cavité pulpaire lorsqu'il y a eu gangrène de la pulpe.

UNE STATISTIQUE SUR LA CARIE DENTAIRE EN RUSSIE.

J'ai voulu comme d'autres praticiens, dit M. Cher, faire un certain nombre de recherches sur la carie; ajouter quelques données aux rares statistiques existantes et confirmer, s'il y avait lieu, les conclusions formulées par d'autres. Je ne sais jusqu'à quel point j'ai atteint ce but. Pour que des déductions générales fussent indiscutables, il faudrait un plus grand nombre de cas que ceux dont on s'est servi, y compris même les faits que j'apporte. Les résultats peuvent être modifiés par une circonstance ou par une autre; cela n'empêche pas l'observateur trop pressé de faire des déductions.

Je n'ai point, je l'avoue, une pareille hardiesse. Il me paraît impossible de conclure à l'aide d'un nombre limité d'observations que les dents se carient plus vite chez les charpentiers, les teinturiers et les cochers que chez les autres personnes à cause de leurs occupations, ou bien de mettre sur le compte de la difficulté, de la circulation périphérique la fréquence plus grande de la carie chez les individus de haute taille.

C'est pour cette raison que je ne tirerai aucune conclusion des faits sur lesquels est fondée ma statistique et que je me dispenserai de présenter des observations. Je dois dire en premier lieu que l'examen soigneux des dents n'est pas sans difficultés et qu'il n'est pas même toujours possible d'affirmer avec certitude l'existence de la carie. Il y en a de beaucoup d'espèces, on en compte sept qu'on indique d'après la couleur. Parfois les dents présentent à leur surface une tache jaune ou noire; on dit que la carie est commencée, mais si elles sont couvertes de tartre et qu'il soit impossible de découvrir une tache, personne ne peut savoir s'il existe des caries commençantes. J'ai vu des cas dans lesquels toute la couronne de la dent était entourée de tartre, il n'y avait pas un point libre ni d'un côté ni de l'autre.

Parfois, quelques-uns disent toujours, ce qui n'est pas vraisemblable, la carie commence à la surface latérale, dans l'intervalle des dents. C'est là surtout lorsqu'elle sont un peu cariées une cause de carie qu'on ne saurait connaître ; puis leur surface triturante présente des dépressions, des sillons dans lesquels s'accumule le tartre, on ne s'aurait douter que la carie commence ici plutôt que partout ailleurs par suite de la fermentation des produits alimentaires et de l'action de ces produits sur les dents ; mais le contraire peut également arriver. Dans ces conditions, je ne parlerai que des caries arrivées à un tel degré qu'elle ne peuvent être méconnues. C'est-à-dire lorsque la dent offre déjà des lésions manifestes, des solutions de continuités ; je ne parlera point de celles qui n'ont que des taches et des sillons insignifiantsi On s'expliquera aisément de la sorte que le nombre des caries soit moindre dans ma statistique que dans certaines autres (par exemple dans celles de Rabinovitch et Frantzius publiées dans les numéros 8 et 44 du *Vratch*, 1882).

EXAMEN DES DENTS DE 169 ENFANTS

TABLEAU I

Age	Garçons				Filles			
	Nombre total	Ont des dents saines	Présentent des caries	Proportion des caries %	Nombre total	Ont des dents saines	Présentent des caries	Nombre des caries %
8	5	—	5	100	5	—	5	100
9	10	2	8	80	9	5	4	44.4
10	21	7	14	66.6	11	8	3	27.3
11	15	8	7	46.6	—	—	—	—
12	22	11	11	50	9	8	1	11
13	18	7	11	61.6	4	3	1	25
14	21	13	8	38	—	—	—	—
15	9	6	3	33.3	—	—	—	—
16	7	2	5	71.4	—	—	—	—
17	3	2	1	33.3	—	—	—	—
Total	131	58	73	55.7	38	24	14	36.8

Les candidats à la carie, si l'on peut s'exprimer de la sorte, ont donc été exclu ; ils pourront peut-être servir dans un second examen fait dans le cours de l'année.

J'ai examiné 169 enfants des deux sexes des écoles de la ville, âgés de huit à dix-sept ans, et 1,526 soldats et conscrits du 46e régiment d'infanterie du Dniéper et du bataillon de réserve (v. tabl. 1 et 2).

TABLEAU II

Race et caractères divers	Nombre total	Ont des dents saines	Présentent des caries	Proportion o/o
Israélites	68	29	39	57.3
Chrétiens	101	53	48	48.5
Blonds	65	29	36	55.3
Châtains	52	23	29	55.7
Bruns	52	23	29	55.7
Buveurs de thé	135	66	69	51.1
Ne buvant pas de thé	34	18	16	47

Il y a eu dans le nombre total (garçons et filles) 189 dents cariées ; moyenne de 1,6 par individu.

Le tableau montre une moyenne notablement plus élevée chez les petits garçons que chez les petites filles.

Le tableau donne une proportion o/o plus élevée chez les israélites que chez les chrétiens ; (ne serait-ce pas parce qu'ils boivent plus de thé ?). La proportion est également plus élevée chez les bruns (dans la statistique du Dr Frantzins, c'est le contraire) ; elle est également plus forte chez les buveurs de thé que chez ceux qui n'en boivent pas.

J'ai examiné ensuite 1,526 hommes, soldats et conscrits ; sur ce nombre :

Avaient les dents saines 1.031
Ne les avaient pas 495
Soit 32,4 o/o de caries.
Soldats 904.
Parmi eux, ont les dents saines 591
— — dents cariées 313
Soit 34,6 o/o de caries.

TABLEAU III

Caractères divers	Nombre total	Avec dents saines	Avec dents cariées	Proportion %
Soldats et Conscrits	1526	1031	495	32.4
Soldats	904	591	313	34.6
Conscrits	622	441	181	29
Blonds	355	245	110	30.9
Bruns	361	245	116	32.1
Châtains	810	546	264	32.5
Années				
1879	191	118	73	38.2
1880	198	133	65	32.9
1881	231	142	89	38.5
1882	265	187	78	29.3
1883	622	441	181	29.1

Il résulte du tableau III que les soldats donnent une proportion pour cent plus forte que les conscrits. Doit-on en conclure que le service militaire est une condition spécialement favorable pour la production de la carie. C'est assez difficile d'autant mieux qu'on ne possède pas de chiffres suffisamment précis pour cela.

Le tableau III dressé d'après ces années ne montrent point un développement progressif de la carie. On ne saurait trop expliquer pourquoi la proportion fut plus forte en 1881 que pendant les autres années.

Ces tableaux montrent également une moindre fréquence de la carie chez les blonds que chez les autres, ce qui est en contradiction avec les observations du Dr Frantzius.

TABLEAU IV

Gouvernements d'origine	Soldats				Conscrits			
	Nombre total	Avec dents saines	Avec dents cariées	Proportion des caries °/o	Nombre total	Avec dents saines	Avec dents cariés	Proportion des caries °/o
Podolie	589	378	211	35.8	434	308	126	29
Bessarabie	149	107	42	28.1	114	82	32	28
Kourok	95	54	41	43.1	74	51	23	31
Volhynie	35	24	11	31.4	—	—	—	—
Autres	36	—	—	—	—	—	—	—

Dans le tableau IV, les cas ont été distribués d'après les gouvernements.

La proportion est sensiblement plus forte dans celui de Koursk qu'en Bessarabe, cela tient peut-être au climat, le premier pays est beaucoup plus froid que le second.

On trouve beaucoup plus de carie chez les ouvriers et les employés de commerce que chez les cultivateurs ; (34,1 o/o chez les premiers).

J'ai accordé une certaine attention à la taille dans 1,050 cas seulement j'ai divisé les hommes en deux catégories : ceux qui dépassaient 1 mètre 60 (deux archines, quatre verchoks) et ceux qui n'atteignaient pas ce chiffre.

	DENTS SAINES	CARIE	PROPORTION O/O
Au-dessus de 1 m. 60....	594	276	31 8 o/o
Au-dessous..............	136	62	31 3 o/o

Il y avait en tout chez les soldats et les concrits 1,050 dents cariées 362 chez les second, 688 chez les premiers.

Mâchoires supérieures........................	254
— inférieures........................	296
— à droite........................	523
— à gauche........................	527

Ces chiffres montrent que la vitalité des dents est notablement plus considérable en haut qu'en bas, mais qu'elle est à peu près la même à droite qu'à gauche.

Cette prédisposition de la mâchoire inférieure dépend certainement

de ce que les agents cliniques et les produits de la putréfaction agissent plutôt en bas qu'en haut.

TABLEAU V

Dents cariées	Soldats		Enfants
	Nombre total	Prop. °/₀	Nombre total
III molaire inférieure droite	176	35.5	21
» gauche	175	35	23
» supérieure »	63	12.7	7
» droite	64	12.7	8
IV » inférieure gauche	154	31.1	3
» » droite	146	29.4	5
» supérieure »	26	5.2	—
» » gauche	20	4	—
V » inférieure »	40	8	—
» » droite	39	8	—
» supérieure »	4	—	—
» » gauche	5	—	—
II » inférieure »	19	4	24
» » droite	27	5.3	26
» supérieure »	3	—	11
» » gauche	5	—	17
I » inférieure »	5	—	8
» » droite	3	—	11
» supérieure »	10	—	13
» » gauche	13	—	8
Incis. mâch. supérieure droite	14	—	1
» » » gauche	17	—	1
» » inférieure »	7	—	1
» » » droite	4	—	—
Canine supérieure droite	5	—	—
» inférieure »	1	—	—
» supérieure gauche	5	—	—
» inférieure »	—	—	—

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES DIPLOMES MÉDICAUX ET L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE

par M. P. Dubois.

Nous n'avons jamais dénié aux partisans de la réglementation par une loi spéciale, qu'ils avaient quelques bonnes raisons à leur

actif. Nous les connaissons, et si la liberté a nos préférences, c'est que dans le présent et surtout dans l'avenir, le progrès et le développement de l'art dentaire seront par elle plus puissamment servis.

La réglementation spéciale et la liberté n'ont pas des conséquences opposées. Ceux qui les défendent ne sont séparés que par des nuances, ils n'en restent pas moins d'accord sur l'idée capitale : La spécialisation de l'enseignement et de la pratique.

Que la constitution d'une majorité de dentistes suffisamment instruits et capables se fasse par des obligations légales, ou par des obligations nées de la lutte pour l'existence et de la concurrence vitale, cela ne nous importe pas essentiellement. Le progrès, l'intérêt général, l'intérêt corporatif seraient pour un temps dans des conditions sensiblement égales, si l'une ou l'autre de ces solutions était adoptée.

Il n'en serait plus de même si l'on acceptait les propositions de M. le Ministre du Commerce, et si on assimilait l'art dentaire à l'art médical. Ce serait un véritable recul.

Au commencement de ce siècle l'art dentaire n'existait pas, pour ainsi dire, et on aurait pu le confondre avec la pratique médicale. Il n'en est plus ainsi. On aurait compris que le législateur de l'an XI ne fît pas de distinction entre le médecin et le dentiste; le législateur de 1887 ne le peut pas. Les faits accomplis s'y opposent.

Nous ne nous attendions pas à combattre des propositions aussi rétrogrades. Plusieurs fois les gouvernements successifs que nous avons eus, ont été sollicités d'entrer dans cette voie, ils s'y sont tous refusés; l'Empire lui-même ne voulut pas s'y engager, et après enquête de M. Genteur, en 1865, la proposition fut de suite écartée. Sous la République, en 1878, le gouvernement fut à nouveau saisi de la question. La Faculté de médecine formula un avant-projet sur la demande de M. Gréard, vice-recteur de l'académie de Paris. Les idées de la majorité de la commission sont exposées dans le rapport de M. Lefort. Au nom de la liberté, nous les avons combattues, mais quoi qu'il en soit, l'éminent professeur qui connaît les législations étrangères sur la matière, qui connaît l'état de l'art dentaire en France, conclut contre l'obligation du diplôme médical. On verra plus loin en quels termes.

Enfin, une commission de la Chambre précédente et une de la Chambre actuelle, ont aussi examiné cette question en voulant réformer la loi de Ventôse et quoique composées en majorité de médecins, elles n'ont pas jugé possible d'exiger le diplôme médical pour l'exercice de la profession de dentiste.

Quelles influences, quels conseils a reçus M. le Ministre du Commerce pour qu'il ait consenti à laisser attacher son nom à une proposition aussi surannée, aussi contraire à l'intérêt général. Nous ne les connaissons pas, mais nous sommes bien convaincu que mieux éclairé, il amendera son projet de loi.

Voyons donc quels arguments, donnent ceux qui réclament un

diplôme médical de quiconque veut exercer la profession de dentiste.

Tout d'abord, une remarque. Les partisans de cette solution ne sont pas nombreux, elle n'a été défendue depuis quarante ans que par quelques isolés, *des individualités sans mandat* aurait dit feu Rouher.

Les dentistes partisans de cette solution radicale, estiment que le moule d'où ils sont sortis est le moule idéal. Ce sentiment est bien humain, nous le comprenons. Mais on s'étonne, que ceux qui ont la garde des intérêts généraux, se laissent prendre à des raisons semblables à celles de M. Josse.

Le corps humain est un ensemble et on ne peut le toucher dans aucune de ses parties sans le connaître, sans être apte à le traiter tout entier, disent nos contradicteurs. Ils affirment ainsi une généralité vraie, mais s'ils prétendent en faire découler la négation de la spécialisation de la connaissance et de la pratique; on ne peut épouser leur prétention et se laisser égarer par une apparence logique.

Les limites de l'intelligence humaine, les nécessités de la lutte pour la vie, sont aussi des facteurs en la matière. On ne peut démesurément étendre les années d'études et faire apprendre au dentiste deux professions au lieu d'une. S'il était reconnu que la santé publique, exige que les dentistes offrent, avant de pratiquer, des garanties de savoir, l'Etat, et surtout un état démocratique doit limiter ses exigences à un minimum. Ose-t-on prétendre que ce minimum est celui qu'on demande à l'officier ed santé ?

Paul Bert le disait avec son lumineux bon sens en inaugurant le 30 octobre 1884, la cinquième année scolaire de l'école dentaire de Paris, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ses paroles.

Comment donc ? On ne pourrait être dentiste si l'on ne connaissait le grec et le latin, si l'on ne savait faire un accouchement, ni distinguer une pleurésie d'une névralgie intercostale.

Les études médicales telles qu'on les exige de ceux qui pratiquent en entier l'art de guérir ne sont nullement la partie principale de l'art dentaire, elles préparent moins que certains le croient à l'exercice de notre profession. Il y a là une confusion que ne commettent pas les initiés.

L'art médical et l'art dentaire sont deux choses essentiellement distinctes, issues d'un tronc commun, à la vérité, mais actuellement séparées et cette séparation s'accentue de plus en plus, les progrès de la science, la nécessité de l'habileté pratique en font une loi.

En dentisterie opératoire, en anatomie, en pathologie, en thérapeutique, en prothèse dentaires, le dentiste qui n'a pour lui qu'un titre médical, a tout à apprendre.

On pourrait croire que l'anatomie et la pathologie dentaire font partie de l'enseignement des facultés de médecine, que le médecin

est familiarisé avec ces parties fondamentales de notre art. C'est une erreur. Les meilleurs traités d'anatomie générale parlent du système dentaire en quelques pages, les cours oraux en font à peine mention, quand à la pathologie et à la thérapeutique elle sont tout entières passées sous silence.

Certains de nos confrères d'origine médicale ont fait des travaux d'une grande valeur, nous en sommes fiers pour notre pays et nous ne connàissons rien en langue étrangère de comparable à certains travaux du plus éminent d'entre eux, M. Magitot — sur la genèse du follicule dentaire et sur l'étiologie de la carie dentaire. — Mais il n'en est pas moins vrai que les progrès qui ont transformé notre art, multiplié ses services, sont dus non à des médecins, mais à des dentistes praticiens. Qu'il suffise de citer la substitution des daviers à la clef Garengeot, la technique de l'obturation et du traitement des dents, la découverte du protoxyde d'azote, l'application de l'anesthésie locale aux opérations dentaires, et tous les perfectionnements denotre prothèse.

Si l'Etat juge nécessaire la création d'un titre de docteur ès-sciences odontologiques, qu'il demande le titre de docteur en médecine. Mais s'il veut simplement assurer au public des praticiens à la hauteur de la tâche qu'ils ont à accomplir; et s'il juge qu'il n'est pas possible de l'obtenir en laissant les dentistes libres, qu'il imite les pays où l'on a adopté ce moyen, qu'il édicte des prescriptions spéciales répondant aux besoins à satisfaire.

(A suivre.)

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. P. Dubois

NOUVELLE POUDRE DENTIFRICE. — M. P. Vigier avait présenté à la Société d'encouragement, en 1872, un mémoire sur l'action désincrustante du talc dans les chaudières à vapeur, puis pris un brevet pour un composé pouvant être employé dans le but d'empêcher le dépôt et l'adhérence des sels calcaires aux parois des chaudières. Depuis, d'autres désincrustants ayant été trouvés, l'exploitation industrielle du brevet n'est plus rémunératrice et elle est abandonnée.

L'analogie du tartre dentaire et des dépôts de l'eau soumise à l'ébullition a suggéré à M. Vigier l'idée de composer une poudre dentifrice dont le talc est la base. Il y ajoute du bitartrate de potasse et de l'alun et pense qu'aux doses indiquées ci-dessous il n'y a pas d'inconvénients. Nous croyons qu'on peut trouver au talc d'autres associations. Quoi qu'il en soit, nous publions la formule eommuniquée à la Société de thérapeutique.

Stéatite dentifrice

Poudre de stéatite, ou talc......	60	grammes
— de crème de tartre......	5	—
— d'alun calciné...........	5	—
— de cochenille...........	10	—
Essence de menthe surfine......	20	gouttes

Porphyrisez soigneusement.

LE COMPOSÉ ANESTHÉSIQUE DE DISTEL.

Chlorydrate de morphine.............	2
Cocaïne............................	6
Alcool rectifié.........................	50
Eau de menthe poivrée................	50
Huile de girofle.......................	1

(*Monats schrift fur Zahn heilhunde*).

COLLUROIRE POUR ÉRTPTION DIFFICILE DE LA DENT DE SAGESSE.

Glycérolé d'amidon..........	10	grammes
Borax porphyrisé	1	—
Safran pulvérisé............	50	centigr.
Teinture de myrrhe.........	10	gouttes.

Mêlez.

Des frictions douces et répétées sur les gencives combattent les douleurs vives accompagnant l'éruption des dents de sagesse.

POUDRE ANTISEPTIQUE (LUCAS CHAMPIONNIÈRE).

Iodoforme passé au tamis.....	â à parties égales.
Quinquina pulvérisé.........	
Benjoin pnlvérisé............	
Carbonate de magnésie pulv..	
Saturé d'essence d'eucalyptus.	

Mêlez avec soin.

DÉSINFECTANT POUR APPARTEMENTS.

Camphre.........................	20	grammes.
Hypochloryte de chaux...........	50	—
Alcool.........................	50	—
Eau............................	50	—
Essence d'eucalyptus............	1	—
Essence de girofles......«........	1	—

Opérer ce mélange dans un vase suffisamment grand et refroidi. Quelques gouttes de cette solution, versées sur une assiette, suffisent pour désinfecter une chambre.

ASSIMILATION DES PHOSPHATES.

Il résulte d'un travail de M. Logeais, publié dans le *Bulletin général de thérapeutique* que les phosphates de soude et de potasse seraient plus assimilables que les phosphates de chaux qui comme on le sait sont expulsés sans bénéfices pour l'organisme. L'obstacle à l'assimilation du phosphate de chaux proviendrait du milieu intestinal qui est alcalin et précipiterait les phosphates calciques en les rendant insolubles il n'en est plus de même avec les phosphates de soude et de potasse qui restent solubles dans les liquides acides, neutres ou alcalins.

DES PROPRIÉTÉS DE LA RÉSINE DE KAVA, PAR RANDOLPH.

Cet observateur propose de donner à cette substance le nom de lewine en mémoire de lewin qui l'a isolée. Sous la forme d'un corps semi-fluide odorant et de saveur irritante, il lui reconnaît des propriétés anesthésiques, quand on l'applique sur les muqueuses. Pour prévenir la douleur quand on l'emploie en oculistique, il recommande de faire précéder son application par celle d'une solution de cocaïne dont il aug-

mente et continue l'action anesthésique. Par contre, sa faible solubilité dans l'eau ne permet guère de l'employer en otologie et dan l'art dentaire, parce qu'il faudrait faire usage de la teinture alcoolique. A l'exemple de quelques observateurs européens, M. Randolph recommande cette résine contre la gonorrhée au même titre que la résine de copahu.

(*Union médicale*).

DÉCOMPOSITION DE L'IODOFORME.

C'est à une décomposition de l'iodoforme que l'on doit attribuer la coloration brunâtre que présente la dissolution de ce corps dans le sulfure de carbone, l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Cette décomposition, qui est le résultat de l'action combinée de l'air et de la lumière, se traduit par une séparation complète de l'iode.

SIALORRHÉE DES FEMMES ENCEINTES

Dr Schramm. — La salivation excessive des femmes enceintes est loin de s'observer fréquemment. Cependant elle peut devenir un inconvénient et une cause d'affaiblissement comme dans le cas dont M. Schramm rapporte l'histoire.

L'état général de cette malade était profondément altéré et une intervention active devenait d'urgente nécessité. L'iodure de potassium, efficace contre les salivations de l'hydrargyrisme chronique, avait été impuissant.

L'atropine, la duboisine et la galvanisation du sympathique atténuaient faiblement ce phénomène.

C'est alors que la pilocarpine fut injectée sous la peau à l'exemple de MM. Labbé et Davezeaux. Après sept injections hypodermiques contenant chacune un centigramme de la substance active, le flux salivaire devint moins abondant, mais ne cessa pas.

Le bromure de potassium fut alors administré, et sous son influence la sialorrhée disparut. M. Schramm attribue son efficacité à ce qu'il diminuerait l'excitabilité des nerfs glandulaires, du nerf facial; en tout cas, ce médicament lui paraît encore indiqué, parce qu'il est sans danger pour les femmes enceintes.

(Soc. gynecol. de Dresde).

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORATE DE POTASSE.

Le chlorate de potasse est un médicament très usité; les médecins le prescrivent ordinairement à doses modérées, et alors il n'offre aucun danger; mais il n'en est pas de même quand il est administré à hautes doses. Dans ce cas, ce sel est toxique, et on a déjà constaté, à plusieurs reprises, des empoisonnements causés, chez les adultes, par des doses de 15 grammes par jour et chez des enfants, par des doses moindres.

M. le Dr Willie, de Halle, a eu l'occasion de constater un empoisonnement mortel chez un malade qui avait pris 50 grammes de chlorate de potasse par jour pendant un mois.

Les symptômes de l'empoisonnement par le chlorate de potasse, sont les suivants : vomissements, diarrhée profuse, dyspnée, abaissement des mouvements du cœur et cyanose. Le sang prend assez souvent la couleur du chocolat.

Dans les cas d'intoxication subaiguë, on observe des phénomènes gastro-intestinaux, des vomissements, des engorgements du foie et de la rate, une diminution de la quantite des urines.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1885-86)

Art Dentaire et Sciences connexes

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN FRANÇAIS

Ranvier. Etude anatomique des glandes connues sous les noms de sous-maxillaire et sublinguale chez les mammifères. (*Archives de physiologie*).

Vignal. Recherches sur les micro-organismes de la bouche. (*Archives de physiologie*, 15 novembre).

Callias. Etude clinique de la résorcine au point de vue de son application locale en médecine et en chirurgie. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine).

Laforesterie. Essai historique et critique sur les kystes dentaires. (Th. de Paris).

Verneuil. Mémoires de chirurgie. T. IV. Traumatisme et complications; in-8°. Masson.

Martial Lagrange. De l'anesthésie avec les injections phéniquées et cocaïnées dans la chirurgie dentaire. (*Bulletin général de Thérapeutique*, 30 décembre).

Cornidet. De la dent de sagesse en général et en particulier des accidents provoqués par son éruption. (Th. de Paris).

Rumeau. Essai pathogénique de quelques troubles de la conjonctive survenus dans le cours des affections inflammatoires consécutives à des maux de dents. (Th. de Paris).

Roulland. Bec-de-lièvre génien double.— Appendices congénitaux de la face. Anomalies de l'oreille externe, absence du conduit auditif, de l'oreille moyenne et de trompe d'Eustache. — Arrêt du développement du maxillaire inférieur. — Absence d'articulation temporo-maxillaire droite. (*Prog. Med.*, 8 janvier 1887).

Gérard (R.). Traité pratique de micrographie. appliquée à la botanique, à la zoologie, à l'hygiène et aux recherches cliniques. In-8°, 550 p. avec 280 fig. et 40 pl.

Julien (C.). Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. (Th. de Paris).

Mollière (D.). Note sur la chirurgie des voies salivaires (Lyon Médicale, 9 janv.).

Trossat (F.). De la nécessité de l'examen de la bouche avant l'anesésie. (Lyon Méd., 16 janv.)

Andina. De l'emploi du chlorydrate de cocaïne dans les extractions dentaires (Rev. Méd. de la Suisse Romande).

Galippe. Note sur la vitalité de l'émail. (Journ. des cours médicaux. 7 octobre).

Galippe. Note sur le système dentaire de quatre suppliciés. (France Médicale).

Galippe. Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire, présence d'un parasite (France Méd. 3 août).

Bourrée. Contribution à l'étude de la grenouillette aiguë sublinguale. (Th. de Paris).

Redier. De la carie dentaire. (In Journal des Sc. Méd. de Lille).

Tuffier. Gommes et scléroses syphilitiques des lèvres. Labiolites tertiaires. (Rev. de Chir., 10 oct.)

Albrecht (F.). Sur la valeur morphologique de l'articulation mandibulaire, du cartilage de Meckel et des osselets de l'ouïe. 2e édition. In-8e, 24 p. Hambourg.

Billroth (*Th.*) *et Winiwarter* (Alex. von). Pathologie et thérapeutique chirurgicales générales (2e édition française, traduite d'après la 12e édition allemande, par le docteur Oscar Delbastaille). In-8o, 944 p. avec fig. F. Alcan.

Carles (P.). Fâcheux effets de la teinture d'iode. Traitement (Journ. de Pharm. 1er oct)

Ferrand. Etude sur l'iodol. (Th, de Montpellier).

Geneuil (Anatole). Etude sur la solanine, ses propriétés analgésiques. Application au traitement des maladies où prédomine l'élément douleur. (Bull. Gén. de Thér., 30 sept.)

Decaye. Cocaïne (Nouveau dict. de méd. et de chirurg. prat. supp. T. 40.)

Tillaux. Epithéliome de la langue, opéré pendant l'anesthésie locale produite par la cocaïne. (Gaz. des Hôpitaux.)

Wertheimer. Corps étranger du canal de Wharton, grain d'oseille. (Bull. méd. du Nord. (Déc. 1885).

De Valcourt. Bec de lièvre ; double opération en deux parties, à deux ans d'intervalle. (Bullet. Soc. de chir., XII. p. 620).

Reverdin et Mayor. Tumeur sous-muqueuse de la lèvre supérieure probablement congénitale (Rev. méd. Suisse Rom. p. 51).

Graverie. Epithélioma de la bouche, opération, pneumonie, mort. (Soc. anat. 23 avril).

Gley. Gustation. (Dict. Encycl. des Sc. méd. 4e série. T. 11.

Berger. Résection totale du maxillaire supérieur gauche pour un sarcôme ossifiant, appareil prothétique, ingénieux, présentation du malade. (Soc. de Chir., p. 688.)

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

J. Wood. The te eth and associate parts. (Les dents et les parties associées), traité d'hygiène populaire avec 25 illustrations. Edinburg.

Transactions of the Alabama dental association, for the sessions 1884-85. (Montgornery).

Transactions of the indiana state dental association 1886, Indianapolis.

Transactions of the Michigan dental association 1886.

Transactions of the Illinois state dental society (Chicago).

Marshall. Adress in dental and Oral Surgery de livered at the thirty seventh annual meeting of the american medical association. (Chicago).

Richardson. A practical treatise ou mechanical dentistry. (Traité pratique de mécanique dentaire), in-8o, 730 p. Philadelphie.

Wilbur. The american system of dentistry in treatises by various authors. Vol. I.— Regional and comparative dental anatomy.— Dental histology, and dental pathology. (With, 537 illustrations), and 6 plates). Anatomie dentaire régionale et comparée ; histologie et pathologie dentaire (avec 537 illustrations et 6 planches), Vol. I du système de dentisterie américain), in-8o, 1,010 p. Philadelphie.

Transactions of the american dental association at the twenty-sixth annual session, held at Niagara Falls. (Philadelphia T. S. S. White).

Procès-verbaux de la 26e session annuelle de l'Association dentaire américaine.

Kochs (W.). Ueber die Wirkung des cocaïn auf freipræparirte gemischte Nervenstrænge. (*Centr. f. Klin. Med.*, 46). — De l'action de la cocaïne sur les cordons nerveux mixtes nouvellement préparés.

Lenhartz (H.). Beitrag sur Kenntniss der Vergftung durch chlorsaures Kali. (*Deut. Med. Woch.*, 6 janv.) — Contribution à l'étude de l'empoisonnement par le chlorate de potasse.

Septicémie à la suite de l'extraction d'une dent (Gazetta Lekarska. 1886, 8).

Bruun (O). Studier ovir Scorbutens Aetiologi og Pathogenese. In-8o, 222 p. Lund, Etude sur l'étiologie et la pathogénie du Scorbut.

Cartaya. (P. M.). Tratamiento quirurgico de las convulsiones reflejas de la denticion. (Cron. Med. chir. de la Habana, déc.) Traitement chirurgical des convulsions de la dentition, d'origine reflexe.

Klingelhœfer. (O.). Cocaïn und seine Auwendung in der Zahnheilkund. St-Pétersburg Med. Woch., 22 janv.) — La cocaïne et son emploi dans l'art dentaire.

Miller. Uaber den jetzigen Stand unserer Kenntnisse der parasitaren Krankheiten der Mundhœhle und der Zahue. (Centr. Bl. für Bacter und Faras. T. I. — De l'état actuel de nos connaissances sur les maladies parasitaires de la bouche et des dents.

Miller. (W.). Der Einfluss der Nahrung auf die Zæhne (Deut. Mon-Sch. f. Zahn., 1.) — L'influence de la nutrition sur les dents.

Wœlfler (A.). Zur lokalen Cocaïn-Anesthésie. (Wiener Med. Woch., 8 janv.) Sur l'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne.

Bodenbach (Johannes). Ueber das Riesenzellen sarkom des Alveolarfortsatzes der Kiefer. (Thèse.) In-8o, 36 p. Bonn. — Sur le myélo. sarcome de l'apophyse alvéolaire des maxillaires.

J. Taft. Index to the periodical literature of Dental Science and Art as presentée in the English language. (Blahiston Philadelphia. 212 p. (Index de la littérature en langue anglaise sur la science et l'art dentaire, publiée dans les journaux.)

Ostrom. Epithelioma of the mouth (Epithelioma de la bouche). Keener, Chicago.

Parreidt. Compendium der Zahn Leilkuude. (Traité de chirurgie dentaire). Leipzig. Abel, 1886,

Dental. Kalunder für das deustche Reich Oesterreich und Ungarn fur 1887. (Annuaire des Dentistes allemands, autrichiens et hongrois. Elbing, 1886.

Caulk. Dental annual (Annuaire dentaire de Caulk.) Camden Delaware.

Ewing Mears. Nécrose phosphorée de la mâchoire (Philad. Med. Times, 9 janvier).

West. Nécrose phosphorée de la mâchoire inférieure. (Lancet, 20 mars).

Paget. De la parotidite secondaire. (Lancet, 17 avril.

Petit. Uranoplastie (Dict encycl. des sc. méd. 5e série T. I)

Clutton. Ulcération tuberculeuse du palais. (Lancet, 3 avril).

Bianchi. La coca et la cocaïne, leur action physiologique et thérapeutique (Lo sperimentale, no 8).

Holmes. La coca et la cocaïne (Thérap. Gaz).

Harvey. De l'hyperplasie chronique de la muqueuse buccale avec keratinisation de son épithélium (Ann. Journ. of the Med. Science. juillet 1886.

Mugnal. Ancsthésie locale avec les injections de cocaïne (Gaz. de Osprit, nº 35).
Miller. Douleurs dentaires et thérapeutique dentaire (Deutsch Méd. Wosch. Nº 25. P. 429).
Weld. L'action destructive de perchlorure de fer sur les dents. (Arner. Journ. of dental Science, août 86.)
Grevers. Réimplantation de dent. (Centr. f. d. Méd. Wiss. 24 juillet 1886.)
Mars hall. De la transplantation des dents. (Journ. of Arner. Ass. P. 29. 10 juillet 1886.)
Canalis. Développement des dents des mammifères. (Gaz. de Clinische, août.)

La librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une *Bibliographie des Sciences médicales* (Un volume in-8 de 500 pages. Prix, franco par la poste : 2 fr. 50, payab'es en timbres-poste français ou étrangers). Par les indications nombreuses et précises qu'elle renferme, cette publication rendra de grands services à tous les médecins désireux de se tenir au courant de la littérature médicale ancienne et moderne, française et étrangère ; elle est indispensable aux bibliothécaires qu'elle renseignera sur le lieu, la date de publication, le nombre de pages, de figures et de planches de chaque ouvrage et sur leux prix courant en librairie ; elle sera précieuse enfin pour tous ceux qui voudront écrire ou savoir ce qui a été écrit sur un sujet spécial, grâce à l'*Index méthodique* placé en tête du volume, où l'on trouve la liste des principaux auteurs qui ont étudié chaque question. Pour les ouvrages importants, MM. J. Baillière et fils donnent même souvent un extrait de la table des matières ou de la préface des auteurs.

DES KYSTES DE LA MACHOIRE

M. Magitot. — Du drainage métallique à faible diamètre dans le traitement des kystes de la mâchoire. — Les kystes spontanés des mâchoires reconnaissent pour origine — il l'a écrit il y a longtemps — l'un des deux processus suivants :

1º Le follicule dentaire, pendant sa période embryonnaire, devient kyste, sa paroi constituant l'enveloppe de la poche, tandis que son contenu se retrouve toujours, à une époque variable de l'évolution, au fond de la cavité. Cette variété a reçu le nom de kyste folliculaire, avec cette subdivision de kystes, soit embryoplastiques, soit odontoplastiques, soit coronaires, suivant l'état de développement de l'organe inclus dans le follicule. Ce sont les ordontomes de Broca.

2º Le périoste, qui revêt la racine de la dent adulte, se soulève sous l'influence d'un état inflammatoire et devient paroi kystique, tandis que le sommet radiculaire lui-même, dénudé, résorbé en partie, et rugueux, occupe invariablement le centre et le fond de la poche.

Sur le premier mode de développement, celui des kystes folliculaires, tous les chirurgiens semblent d'accord pour accepter cette théorie. Mais il n'en est pas de même de l'origine des kystes dits périostiques. MM. Verneuil, Reclus, Malassez, se basant sur la présence constante d'un revêtement épithelial à la face interne de la paroi kystique, ont refusé au périoste dentaire le rôle exclusif que lui assigne M. Magitot.

Pour eux, ce sont des débris épithéliaux, embryonnaires, dont la présence est si fréquente dans les mâchoires de l'adulte, qui deviennent le point de départ des kystes en question, d'où le nom de kystes péridentaires (Verneuil et Reclus), kystes paradentaires de Malassez. Quel traitement opposer aux kystes des màchoires? Une première méthode de régler au dernier siècle et au commencement de celui-ci, jusqu'à Dupuytren, consistait dans l'ablation, soit totale, soit partielle, du maxillaire devenu kystique. Une seconde méthode, celle de la plupart des chirurgiens, consiste dans une ouverture large de la poche kystique, au moyen de la résection de la paroi osseuse. La méthode de larges ouvertures, qui donne d'excellents résultats, peut causer cependant des délabrements inutiles, et produit des déformations plus ou moins grandes de la région opérée. La méthode du drainage métallique, avec tubes d'un faible diamètre, donne de bons résultats. Ces tubes sont d'un diamètre variable, mais tous très étroits. Les plus fins n'ont pas plus de deux millimètres de diamètre.

(*Le Progrès médical.*)

ASSOCIATION GENÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Séance du 27 *décembre* 1887

Présidenee de M. Wiener, vice-président.

Le président donne lecture d'une lettre de la Préfecture de la Seine, demandant l'avis de l'Ecole, relativement à une demande de bourse faite au Conseil municipal.

Le Conseil émet un avis favorable.

Demande d'admission de M. Chéron, de Tarbes.

Le président donne lecture d'une lettre dans laquelle M. G. Viau donne sa démission de membre du Conseil de direction et de professeur à l'Ecole.

Le Conseil après discussion et avant de statuer sur la démission, nomme une commission d'enquête composée de MM. Poinsot, Chauvin et Godon.

Le Conseil refuse la démission que lui adresse M. J. Milles, et vote sa radiation.

Une plainte contre un des membres de la Société est renvoyée à une commission d'enquête composée de MM. Dubois, Gardenat et Dugit.

Le Secrétaire général annonce le dépôt à la Chambre par le ministre, M. Lockroy, d'un projet de loi sur l'exercice de l'art médical en France, qui réclame pour exercer l'art dentaire, le diplôme d'officier de santé ou de docteur.

Le Conseil charge la commission de réglementation de faire un rapport pour la prochaine séance.

Le rapport sur le banquet, présenté au nom de la commission spéciale par M. Bioux est adopté.
Le Conseil adresse ses remerciements aux organisateurs.
M. Ronnet rend compte de quelques affaires litigeuses. Les solutions qu'il propose sont adoptées.

Séance du mardi 11 Janvier 1887

Présidence de M. Poinsot, vice-président.

Le président annonce au début de la séance la mort de Ch. Bouvin. — Il rappelle qu'il fut un des membres fondateurs du Cercle des Dentistes et qu'il était resté membre de la Société. Très estimé par ses confrères, il emporte les regrets de tous les membres de la Société. M. Debray est chargé de représenter la Société à ses obsèques et de déposer une couronne sur sa tombe.
Demande d'admission de M. Nicolas Elefteriadès.

M. Chéron, de Tarbes, est admis comme membre de la Société.
Sur le rapport du trésorier, la démission de M. Lebrun est acceptée.
Un congé d'un an est accordé à un élève.
Sur le rapport de la commission des examens, le Conseil vote l'admission de plusieurs élèves.

Le Conseil désirant mettre un terme aux procédés déloyaux de certains dentistes de province qui usurpent le titre de *diplômé de l'Ecole* avait décidé de poursuivre M. Lée, de Reims, qui, dans un article de réclame publié dans l'*Annuaire des Chemins de fer*, avait pris ce titre. A la suite des poursuites, Me Brémont, avoué, écrit au nom de M. Lée, pour déclarer que c'était une erreur de son imprimeur.
A sa lettre est jointe une déclaration de son imprimeur, ainsi conçue :

Reims, le 11 décembre 1886.

Je soussigné, imprimeur à Reims, affirme que la mention (Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris) qui a passé dans l'annonce de M. Lée, dans mon indicateur, est le fait d'une erreur typographique.
Il y a eu environ 150 exemplaires de tirés ainsi et la rectification en a été faite aussitôt que M. Lée nous a signalé cette erreur.
La chose a donc été faite sans aucune intention de nuire.

Signé: Henri MATOT.

En présence de cette déclaration, et quoique le fait n'en existe pas moins, le Conseil décide de suspendre les poursuites.
M. Poinsot rend compte au nom de la commission, de l'enquête faite sur la démission de M. Viau.

Le Conseil décide, après discussion, qu'il n'y a pas lieu d'accepter la démission de M. Viau et qu'en conséquence, il le prie de la retirer.
Le Conseil vote l'ordre du jour suivant :

Le Conseil de direction rappelle à ses membres et aux fonctionnaires de l'Ecole qu'ils doivent s'abstenir de toute réclame.
La commission de réglementation propose au conseil l'ordre du jour suivant qui est adopté :

Le Conseil de direction charge sa commission de réglementation de protester contre le projet de loi sur l'exercice de la médecine déposé

par le Ministre du commerce dans ses dispositions relatives à l'art dentaire et s'en référant à la ligne de conduite et aux votes précédents de la Société demande le maintien du statu quo.

Le Conseil adopte également la proposition faite par M. Godon à une séance précédente relative à la création de groupes régionnaux et ainsi conçue :

GROUPES RÉGIONAUX

L'Association générale des Dentistes de France:

Afin d'étendre le champ d'action de l'Association, et de répandre l'influence de l'Ecole dentaire de Paris;

Désirant provoquer le réveil de la vie professionnelle en province en créant en dehors de Paris, des centres d'action pour faciliter la défense des intérêts corporatifs des dentistes et aider au développement progressif de l'art dentaire, émet le vœu que:

Les membres de l'association établis en province prennent l'initiative de la création en France de *groupes professionnels régionaux, correspondants de la Société*, dans les conditions suivantes :

Ces groupes seraient, au début, au nombre de neuf :

Groupes du Nord, du Nord-Ouest, du Nord-Est, de l'Ouest, du Sud-Ouest, du Sud, du Sud-Est, de l'Est et du Centre.

Ils poursuivraient le même *but* que l'Association générale dont ils adopteraient les statuts généraux.

Ils comprendraient tous les membres de l'Association, diplômés ou non de l'Ecole.

Chaque groupe nommerait tous les ans un délégué au Conseil de direction de l'Association.

Ce délégué représenterait l'Association dans sa région, servirait d'intermédiaire entre les membres de son groupe et le Conseil de direction pendant l'année.

Il recevrait les convocations aux séances du Conseil de direction avec l'ordre du jour indiquant les sujets qui feraient l'objet de la séance (il ne serait pas tenu d'y assister cependant).

Il centraliserait les efforts des membres du groupe, et se chargerait de la défense des intérêts corporatifs dans la région.

Le groupe se réunirait au moins une fois par an dans la ville où il aurait fixé son lieu de réunion, sur convocation du délégué, sous le nom de *Réunion odontologique de la région du ....*

Il traiterait des intérêts professionnels du groupe ou de l'Association, de questions scientifiques, etc.

Le résumé de ses procès-verbaux pourrait être publié dans les journaux de la profession.

En dehors des statuts généraux de l'Association, le groupe conserverait la plus complète indépendance quant à son règlement intérieur et à son initiative.

Le délégué adresserait tous les ans au mois de janvier un rapport sur les travaux du groupe, au Conseil de direction de Paris.

M. Dubois donne lecture de son rapport sur le fonctionnement du journal pendant l'année 1886, nous en extrayons les passages suivants :

« Messieurs,

« J'ai à vous présenter un état très satisfaisant de la situation matérielle du journal. Nous avons vu notablement augmenter les abonne-

ments et les insertions et pour la première fois nous avons dépassé le chiffre maximum des recettes prévu dans notre traité. Vous aurez à décider comment nous devrons employer le léger excédent de ressources que nous possédons. Si vous acceptez mes propositions nous augmenterons encore notre format. Car trop souvent nous nous sommes vus forcés de renvoyer au mois suivant des communications intéressantes faute de place.

« MM. les docteurs Aubeau, David, Blocman, Bioux, Chauvin, Heide, Hugenschmidt, Gillard, Legret, Poinsot, Ronnet, Touchard, Thioly, nous ont donné des travaux originaux, des traductions des procès-verbaux et ils ont contribué pour la plus grande part à la valeur scientifique du journal. Qu'il me soit permis de les remercier au nom de tous devant le conseil.

« J'espère que l'année qui commence nous permettra de servir mieux que par le passé les progrès de l'art, leur diffusion et la défense de nos intérêts professionnels ».

Le conseil de direction adopte le rapport et les modifications proposées, et adresse à M. Dubois de remerciements pour le zèle et le dévouement qu'il met à remplir ses fonctions et la prospérité que sous sa direction le journal de la Société a atteint.

Le trésorier présente le rapport sur les comptes de l'année 1886, et les prévisions des dépenses et des recettes pour 1887.

Le budget de 1887 est après discussion adopté. Il est fixé au chiffre de 42,000 fr. pour les recettes et de 37,000 fr. pour les dépenses.

Le Conseil décide sur la demande du sécrétaire général et du trésorier qu'il sera nommé à la prochaine séance une commission chargée de vérifier la comptabilité et de donner décharge des comptes.

Diverses mesures administratives sont prises et la séance est levée.

Le secrétaire des séances,
BIOUX.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

Séance du mardi 25 janvier 1887

Présidence de M. Wisner

La séance est ouverte à 9 heures.

28 Membres sont présents, MM. Ronnet, Lefèvre, de Flers, Cazeaux, de Dunkerque et divers autres membres de province s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale du 26 janvier 1886. Ce procès-verbal est adopté. M. Godon, secrétaire général, rend compte au nom du Conseil de direction de la Société, des travaux et des résultats de l'année et au nom de M. Ronnet, trésorier, absent, il rend compte de la situation financière de la Société.

En présence de l'état de prospérité que prouvent les chiffres énoncés des applaudissements unanimes accueillent ce rapport qui est adopté ainsi que celui du secrétaire général.

L'assemblée confirme à l'unanimité la radiation prononcée contre M. James Miller, par le Conseil de direction à la séance de décembre.

L'assemblée, sur la proposition du secrétaire général, adopte les modifications suivantes aux statuts:

Art. 29..... Afin de faciliter la solution des affaires contentieuses, le secrétaire général et le trésorier peuvent avoir le même pouvoir, après autorisation spéciale du Conseil de direction.

Art. 35..... Nomme un sous-trésorier ou un économe.

L'assemblée vote à l'unanimité les deux ordres du jours suivants :

1° L'association générale des dentistes de France charge son Conseil de direction de protester contre le projet de loi sur l'exercice de la médecine déposé par le ministre du commerce dans ses dispositions relatives à l'art Dentaire, et s'en référant à la ligne de conduite et aux votes précédents de la Société demande le maintien du *statu quo*.

2° Les membres de la Société civile de l'École et de l'hôpital dentaires de Paris, réunis en assemblée générale, confirment la mission donnée au Conseil de direction aux assemblées générales annuelles précédentes pour poursuivre devant les pouvoirs publics la reconnaissance comme d'utilité publique de la Société, adoptent les statuts avec les modifications qui y sont faites et délèguent deux membres du Conseil de direction, le président et le secrétaire général, auxquels ils donnent tout pouvoir pour consentir les modifications qui pourront être demandées par le gouvernement.

Le secrétaire général annonce qu'en dehors des 12 membres sortants à renommer il a le regret d'annoncer qu'il y a à remplacer un démissionnaire, M. Viau.

Le Conseil de direction a refusé tout d'abord la démission et chargé M. Poinsot d'insister pour la faire retirer, mais M. Viau ayant maintenu sa démission, il y a lieu de le remplacer.

En conséquence il y aura 13 membres à renommer le treizième n'étant nommé que pour une année.

M. Legret demande que le Conseil de direction fournisse la liste des présences de ses membres.

Le Secrétaire général répond qu'à l'avenir, il sera fourni à l'assemblée générale un tableau des présences. M. Legret déclare que ne pouvant venir régulièrement au Conseil de direction, il prie les membres de ne pas le renommer.

L'assemblée, après une suspension de séance d'un quart d'heure pour la préparation des listes, passe au vote pour la nomination des membres devant remplacer les 12 membres sortants du Conseil de direction qui sont :

MM. Lecaudey; — T. David: — Ch. Godon; — Ronnet; — L. Thomas; — Blocman; — Aubeau; — L. Bioux; — A. Dugit; — de Lemos; — Legret et Pinard.

28 membres prennent part au scrutin qui donne les résultats suivants :

Ronnet	28	Bioux	25	Heide	12
Lecaudey	27	Blocman	25	Barrie	8
A. Dugit	27	David	23	Meng	6
Aubeau	26	Tusseau	18	Connort	4
Thomas	26	de Lemos ...	18	Lagrange ...	2
Papot	26	Pigis	16	Pinard	1
Godon	25	Legret	15	Viau	1

En conséquence MM. Ronnet, E. Lecaudey, A. Dugit, Aubeau, Thomas, Papot, Godon, Bioux, Blocman, David, Tusseau, de Lemos sont nommés membres du Conseil de direction pour deux ans.

M. Pigis est nommé pour un an.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,

CH. GODON.

NOUVELLES

OBSÈQUES DE PAUL BERT

L'Association générale des dentistes de France et l'Ecole dentaire de Paris, ont voulu témoigner de leur reconnaissance à la mémoire de Paul Bert en faisant déposer une couronne sur sa tombe.

Notre directeur, le Dr David, et le professeur de chimie, M. le Dr Marie, voulurent bien se rendre à Auxerre et nous représenter à cette triste cérémonie.

Les dentistes n'oublieront pas le savant et le patriote qui au nom du bon sens, de la justice et de la liberté, prit leur défense. Même de loin, sa voix se serait fait certainement entendre contre les projets rétrogrades dont on nous menace.

Le nom de Paul Bert est désormais lié à l'histoire de notre art, à celle de l'Ecole dentaire de Paris.

Sa mémoire ne s'effacera pas parmi nous.

La *Gazette des hôpitaux* du 1er mars, nous apprend que le Conseil général des Facultés de Paris s'est réuni vendredi, sous la présidence de M. Greart, et, procédant en ce qui le concerne à la présentation des candidats à la place de doyen de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Béclard, a présenté également en première ligne par 15 voix sur 16 votants, M. le professeur Brouardel, et en seconde ligne, M. le professeur Jaccoud.

M. le professeur Brouardel a été élu membre du conseil académique par 21 voix sur 29 votants.

Nous apprenons qu'il va se fonder à Genève, un nouveau journal dentaire : la *Revue Odontologique Suisse*.

Nous sommes heureux d'enregistrer cette nouvelle. Les dentistes de langue française auront un organe de plus. Nous sommes certains que notre nouveau confrère servira le progrès professionnel. Nous lui souhaitons le plus grand succès.

DENTISTIANA. — HISTOIRE D'UNE SANGSUE. — Le fait s'est passé récemment à Munich. Un paysan se rendit chez un aide-chirurgien, se plaignant de terribles maux de dents. Le praticien estima que le meilleur remède était une sangsue qu'il appliqua sur les gencives du patient, après l'avoir enveloppée de papier. Mais le paysan n'éprouvant aucune piqûre, le disciple d'Esculape voulut enlever la sangsue. Celle-ci avait disparue ; terreur du chirurgien qui crut que le paysan l'avait avalée ; effectivement, celui-ci se mit à crier, se plaignant de vives douleurs dans la région stomachale. Presque fou, le

chirurgien va chercher deux médecins qui essaient de faire évacuer la sangsue à force d'huile de ricin avalée sans succès par le pauvre diable, qui continuait à se démener et à crier. Là dessus, on décide d'expédier le malheureux à Munich chez un médecin célèbre, car il était en danger de perdre tout son sang intérieurement. Mais avant de le laisser partir, l'aide-chirurgien examina de nouveau à fond le paysan et finit par découvrir la sangsue. Celle-ci, entrée par le col de la chemise, s'était gllssée sur la peau du patient, dans la région de l'estomac, mais extérieurement; de là les douleurs ressenties. Le paysan n'avait pas su ou n'avait pas pu dire si la douleur était externe ou interne.

INVENTIONS et PERFECTIONNEMENTS

LA PILE MAQUAY. — M. S.-W. Maquay, de Tedworth Square, à Londres, a inventé une nouvelle pile pour l'éclairage électrique.

Le métal positif est formé d'un alliage de 2 parties de plomb et de 98 parties de zinc du commerce, couvert d une couche de mercure et chauffé jusqu'à ce que ce liquide soit intimement amalgamé avec chaque partie de l'alliage, au lieu d'être seulement à la surface, comme dans la plupart des piles. Ce mélange s'opère plus facilement si l'on ajoute un peu d'étain et de mercure au métal fondu. On obtient un bon alliage avec une partie en poids de mercure, 2 d'étain, 2 de plomb, et 95 de zinc ordinaire. L'étain est fondu d'abord et additionné de mercure, en ayant soin de mélanger intimement les deux métaux. Le plomb, fondu dans un autre creuset, est ensuite versé dans le mélange bien remué, après quoi l'on passe l'alliage dans des moules d'une forme appropriée. Les plaques ainsi formées sont enfin amalgamées, de manière à conserver leur amalgamation tant qu'elles durent. Pour cela, on les plonge dans une solution composée de 2 parties d'acide sulfurique pour 20 d'eau, afin de les nettoyer ; elles séjournent ensuite une minute dans un bain de mercure et sont soumises à une température de 100° F. (38° C. environ) pendant cinq minutes. On renouvelle cette opération, et, après ce traitement, les plaques ont absorbé à peu près 7 grammes de mercure par 450 grammes d'alliage.

L'élément négatif se compose de charbon qu'on plonge dans du soufre liquide, de manière à en laisser une couche mince sur une partie de la surface variant entre 1/20 et 1/8. Ce dépôt peut être remplacé par des morceaux de la même substance, placés autour de la plaque.

La forme donnée à ces plaques est celle de tiges, et celle de zinc est placée dans un mélange d'une partie d'acide sulfurique pour 20 d'eau ou dans une dissolution de sel ordinaire à une température de 66° F. (19° C.).

La tige de charbon, qui se trouve dans un vase poreux à l'intérieur de l'élément, est généralement entourée d'une solution de 35 à 40 parties de bichromate de potasse, de 10 à 20 parties d'acide sulfurique et de 40 à 55 parties d'acide nitrique. Les vapeurs sont absorbées par de la pierre ponce imbibée d'acide sulfurique concentré et par du soufre en poudre.

Les vases poreux sont généralement construits avec un mélange de 2 parties de charbon en poussière et de 6 parties de la pâte dont on se sert ordinairement pour ces vases. Ils sont cuits à la température

ordinaire, mais sans aucune pression d'air, pour ne pas détruire le charbon.

Les éléments sont disposés par groupes dans des boîtes appropriées avec un système de canalisation et de robinets qui permet de les vider et de renouveler les solutions sans aucune difficulté.

L'originalité de cet élément repose sur la méthode d'amalgamation des plaques d'une façon permanente, ce qui constitue une économie de main-d'œuvre et empêche une perte de matière.

— UNE NOUVELLE PILE SÈCHE. — M. J.-L. Roberts, dont la pile à permanganate de potasse tend à remplacer la pile Leclanché aux Etat-Unis, vient d'inventer une nouvelle pile ingénieuse, sans liquide, pour les circuits ouverts. La pile n'est pas, à strictement parler, une pile sèche ; mais l'électrolyte se compose d'une pâte épaisse, fabriquée par la composition, encore tenue secrète, de deux sels qui, tous les deux, sont en solution séparément, mais forment une masse demi-solide par leur combinaison. Ils ne perdent cependant ni leur faculté d'attaquer le zinc ni leurs propriétés conductrices, comme les cristaux ordinaires.

Le nouvel élément se compose d'un vase extérieur cylindrique A en charbon ; le zinc placé au centre est entouré de la pâte excitatrice. Il repose sur une lame de verre ou d'une matière isolante qui empêche le contact entre le zinc et le charbon.

La partie supérieure est fermée complètement au moyen d'un couvercle en asphalte maintenu par un écrou monté sur un pas de vis qui touche le zinc. La borne du charbon est attachée à l'aide d'un alliage qui se dilate par refroidissement.

La force électromotrice de cet élément est de 1,7 volt, et il possède une résistance intérieure d'un ohm environ.

Cette pile est d'une commodité indiscutable, d'une grande propreté et d'un transport facile.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

AVIS

Un concours aura lieu au mois de mai, pour la nomination de deux chefs de clinique, suivant le règlement publié l'année dernière.

Les candidats sont priés d'adresser une demande au secrétaire général avec les pièces justificatives.

La confection des diplômes a subi quelques retards, par suite des divers changements de secrétaires, mais actuellement tous les diplômés doivent l'avoir reçu.

La partie pratique des concours de fin d'année commencera de bonne heure cette année.

Le programme des examens sera du reste prochainement publié et mis à la disposition des élèves.

Nous apprenons qu'un individu se présente chez les dentistes, se disant le frère d'un de nos sympathiques confrères de province M. A...

On nous prie de faire savoir que cet individu exploite ainsi la commisération et qu'il n'a rien de commun avec notre confrère.

On nous communique le prospectus suivant :

DOCTEUR J...

Maladies de la bouche et des dents

Consultations de 4 à 6 heures

Monsieur et honoré collègue,

Je viens vous proposer de me mettre à votre disposition dans les cas nombreux où vous auriez à recommander à un dentististe les personnes de votre clientèle. Vous aurez double avantage à m'envoyer votre monde, vous bénéficierez de 20 o/o des honoraires qui me seront dus.

Vous aurez la certitude de savoir vos clients bien servis tant au point de vue du travail à exécuter qu'à celui de mes prix.

Vous devez savoir que le charlatanisme monstrueux de certains membres de ma spécialité (*sic*) (1) s'accapare par de bruyantes réclames beaucoup de personnes des plus honorables.

Mes prix que j'appellerai honnêtes, mes études médicales générales en France et spéciales de l'art dentaire en Amérique, mon caractère que vous serez appelé à connaître dans les rapports que je pourrais avoir avec vous seront autant de garanties que je vous offre.

Je joins à ma lettre un coupon à l'usage des personnes que vous désirerez me confier.

Pour mon contrôle pécuniaire vis-à-vis de vous, je vous prierai de détacher le côté gauche que vous remettrez à votre client et de conserver le talon par devers vous.

Mon secrétaire passera chez vous lors des règlements à vous effectuer.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Docteur J...

Nous nous sommes déjà expliqués sur cette pratique de rabattage, qui, si elle se généralisait aurait pour conséquence de majorer les prix du montant de la remise servie. M. le docteur (?) J... offre vingt pour cent, un autre offrira plus. On voit les conséquences. On se dédommagera en faisaut des soins inutiles, en exploitant la clientèle.

C'est attenter à l'honneur du corps médical de supposer qu'une semblable circulaire rencontre autre chose que le mépris.

M. J... parle de charlatanisme monstrueux. Il est peut être mal placé pour cela. Nous ne nous attendions pas à voir greffer la morale sur un prospectus de ce genre.

La greffe ne prendra pas.

---

(1) L'auteur de ce prospectus est un greffiste qui conta ses exploits à la quatrième page des journaux.

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris. — Alcan-Lévy, imp. breveté, 24, rue Chauchat

VOL. 7. Paris, Mars 1887. N° 3

L'ODONTOLOGIE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

COURS DE THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE.

LES AMALGAMES

Par M. PAUL DUBOIS, *professeur suppléant.*

Les amalgames sont des alliages dont le mercure est l'un des constituants.

Historique. — Les dentistes français du XVIIIe siècle pratiquaient l'obturation, mais ils n'employaient que les métaux non alliés. Fauchard, Bourdet, connaissaient l'aurification, mais la malléabilité du plomb leur faisait souvent le préférer aux autres matières obturatrices. De là le mot plombage, dont l'usage s'est continué jusqu'à nos jours, quoique le plomb ne soit plus employé par nous. Bourdet, toujours praticien éminent, préfère l'or, et même, chose faite pour étonner notre génération, l'or adhésif.

Les substances plastiques n'apparurent dans notre thérapeutique qu'avec les alliages fusibles à basse température; le métal Darcet qui fond à 80° centigrade, celui de Vood, qui fond un peu au-dessous. Vous voyez que quand certains de nos patients demandent si on ne va pas leur couler du plomb chaud dans la dent, ils n'ont le tort que d'être un peu en retard. Dans tous ces composés, le mercure n'était pas l'un des constituants, et c'est à des dentistes français que nous devons son introduction.

En 1818, le grand-père d'un des membres du corps enseignant de cette école, M. Regnard, fit connaître que l'addition d'un dixième de mercure à l'alliage Darcet, abaissait le point de fusion à 65°. C'était bien là un amalgame (plomb, étain, bismuth et mercure), mais un amalgame à chaud. Un autre Français, Taveau, (que certains de nos confrères ont connu, il est mort il y a quelques années) démontra, en 1826, que l'argent vierge malaxé avec du mercure pouvait former un composé solide pouvant servir à l'obturation des dents.

Cette pâte se prépare avec de l'argent vierge et du mercure.
Pour cela on sature d'argent réduit en poudre très fine et bien épuré, une quantité donnée de mercure, en les malaxant convenablement et pendant un temps assez long, pour que leur incorporation soit parfaite. Puis on passe, ou pour mieux dire, on exprime fortement le tout dans une peau de chevreau dépourvue de son épiderme, afin d'en extraire presque tout le mercure. La matière qu'on obtient

par ce mélange est une espèce de pâte compacte, mais assez molle pour céder aisément à la pression des doigts.

On emploie cette préparation à froid, en la faisant pénétrer avec un fouloir dans l'excavation de la carie, et en se conduisant exactement comme pour les substances en feuilles. Le mercure venant à s'évaporer par la seule chaleur de la bouche, et cela dans le court espace d'un jour environ, l'argent reste en une seule pièce dans l'excavation de la dent, en remplit toutes les anfractuosités, et devient aussi compacte que s'il avait été fondu dans cette même cavité. (Taveau. — Hygiène de la bouche, p. 237).

Un petit peu plus tard, M. Taveau substitua à la limaille d'argent pur, de la limaille de pièces de monnaies. L'addition d'un dixième d'alliage faisait prendre un peu plus rapidement, et au lieu du long temps que demande le durcissement de l'amalgame avec l'argent vierge, on l'obtient avec l'argent monnayé en quelques heures.

En 1848, le docteur Evans fit connaître un amalgame composé d'étain et de cadmium. Le cadmuim ajoutait à la plasticité de l'amalgame, l'étain ne se décolorait pas comme l'argent et cela fut tout d'abord considéré comme un grand progrès, mais les inconvénients résultant de l'altération du cadmium, du retrait de l'étain firent bientôt abandonner cet alliage, actuellement le cadmium n'entre plus dans la composition des alliages pour amalgames.

L'amalgame ne devait acquérir ses principales qualités que par l'union de l'étain et de l'argent, les Américains attribuent l'honneur de cette combinaison, argent et étain, à Townsend, de Philadelphie (1855).

Guerre à l'amalgame. — L'amalgame avait été introduit aux Etats-Unis par deux dentistes improvisés; les frères Crawcours, en 1833. Leurs réclames, leur incapacité professionnelle, soulevèrent un tolle général. Nos confrères américains eurent le tort de ne pas séparer dans leur jugement, les parrains et le filleul. Cela retarda les progrès dans cette partie de l'art. Vous n'avez pas idée de la fureur de cette croisade qui dura plus de vingt ans.

En 1840, Harris ouvrait à Baltimore le premier collège dentaire qui fut fondé dans le monde, et son aversion pour l'amalgame s'affichait en disant que : *C'était une des plus mauvaises matières pour obturer les dents.* (*Americ. Journ. of. Dent. Science*, vol. I. p. 202.) En 1841, 1843 et 1845, les congrès revinrent sur ce sujet. Le congrès de 1843 adopta la résolution suivante : « *Nous considérons que pour l'obturation des dents l'usage de toute pâte, minérale ou non, est hautement nuisible.* »

On reprochait à l'amalgame d'intoxiquer ceux qui portaient dans la bouche des obturations faites avec lui.

L'abus de l'emploi du mercure, un dosage mal établi ont fait à ce précieux agent thérapeutique bien des ennemis. Le traitement antiseptique devait le réhabiliter. Mais à cette époque, on pouvait se poser en bienfaiteur de l'humanité, en le proscrivant sous toutes

les formes. Les adversaires de l'amalgame n'y manquèrent pas, et firent écho au préjugé.

De toutes les critiques dirigées contre l'amalgame, celle-ci est la moins fondée. Il ne cause à un aucun degré de l'hydrargirisme. On n'en a jamais constaté un cas ayant cette origine. Même dans les bouches où il constituait de nombreuses obturations, dont quelques-unes en contact avec la gencive. Il faut croire que la combinaison de certains métaux et du mercure est très stable, et que, dans ces conditions, il ne se volatilise que très lentement; que les doses absorbées ne sont pas même les doses homéopathiques. On peut donc rassurer les derniers sectateurs de Raspail à cet égard.

Le bon sens a fini par triompher de ces préventions déraisonnables, et le pays qui a vu la guerre à l'amalgame, vit plus tard, en 1876, un essai de guerre à l'or par un petit groupe de dentistes ayant à leur tête un dentiste de valeur (Flagg). Si le New. Departure n'a pas abouti à chasser l'or de la pratique, il nous a valu un travail intéressant (Plasticsand Plastinc fillings by Foster Flagg.) auquel nous ferons de nombreux emprunts.

Le progrès marche toujours malgré les écarts de ceux qui le servent.

COMPOSITION DES AMALGAMES

La plupart des praticiens se laissent conduire dans le choix des matériaux, des médicaments qu'ils emploient, par l'habitude, par des préférences empiriques. L'instruction que vous recevez ici, doit avoir pour résultat, non seulement de vous apprendre les meilleurs moyens, les meilleurs procédés en usage de notre temps mais encore, si possible, de vous faire pénétrer la raison d'être du phénomène, afin de vous permettre un choix éclairé, des essais assurant de nouveaux progrès.

Quels métaux entrent dans la composition des amalgames? Dans quelles proportions faut-il les associer?

A la lumière de travaux récents, il me sera permis de vous donner quelques indications à cet égard (1).

L'argent, l'étain, l'or, le platine, le palladium, le zinc, le cadmium et tous les métaux qui s'amalgament, même difficilement, ont été essayés seuls ou alliés dans le but qui nous occupe.

Quoique les alliages acquièrent des qualités dissemblables de leurs composants considérés isolément, ils n'en gardent pas moins quelques-unes de leurs particularités. Nous devons les étudier d'abord isolés, puis combinés.

L'argent fut le premier employé, il est un élément essentiel

---

(1) *Morsman Amalgam and Dental Alloys. — In transactions of American Dental Association*, p. 181.

John Wesler Einige Untersuchungen uber Amalgame in Deutsche Monatsschrift fur Zahnheilkunde Février 1887.

dans la constitution de nos amalgames. Précipité, il s'amalgamerait en quelques secondes, mais à l'état de limaille, il durcit lentement et imparfaitement. Morsman dit qu'au bout de quatre semaines un amalgame fait avec de l'argent vierge n'était pas complètement dur. Taveau prétendait que son amalgame durcissait dans l'espace « d'un jour environ », mais l'essai qu'il fit plus tard avec de la limaille de pièces de monnaie, montre bien les résultats incomplets obtenus tout d'abord.

Allié à l'étain, il assure à la masse une plus grande résistance aux agents mécaniques. Il se dilate en se durcissant; Flechter prétend qu'un amalgame fait avec un précipité d'argent pourrait faire éclater une dent.

L'inconvénient de son emploi est dans sa tendance à noircir, de par ses combinaisons avec les moindres quantités de soufre (vous avez pu le constater quand une pièce de monnaie est dans votre poche en contact avec des allumettes ou même avec un morceau de caoutchouc sulfuré). La bouche peut donner passage ou séjour à des vapeurs d'hydrogène sulfuré, de là son noircissement rapide. Il demande aussi beaucoup de mercure, et enfin seul ou en grande proportion, il s'amalgame difficilement et durcit peu.

L'étain entre pour une part importante dans la composition des alliages pour amalgames. Il s'amalgame aisément, active le durcissement, donne à la masse des qualités plastiques, fait des amalgames d'un blanc parfait et ne noircissant pas avec le temps, ne colorant pas la dent. Il est moins bon conducteur de l'électricité et de la température que l'argent. Ces qualités sont annihilées par un grand inconvénient, le retrait, et aussi il ne constitue pas un alliage très résistant. Seul, il ne donne pas avec le mercure un composé très dur et même après un long délai on peut toujours l'écraser entre ses doigts.

Le cuivre. Les excellents résultats qu'on obtient avec les amalgames cupriques, celui de Sullivan entre autres, ont fait entrer le cuivre dans la composition de nombre d'amalgames. Dans l'amalgame de Sullivan le mercure est déjà incorporé, le composé devient plastique après avoir été chauffé, il redurcit ensuite. Le cuivre a une action antiseptique certaine, de plus il pénètre la dentine, la durcit et n'a pas de retrait. Si ce n'étaient sa couleur et certaines difficultés d'applications, il mériterait un emploi plus général.

L'amalgamation à froid de la limaille de cuivre se fait difficilement, les métaux se combinant mal. Au bout de douze heures Morsman n'eut pas une solidité appréciable, après vingt-quatre il y avait quelque progrès mais l'ongle le divisait aisément.

Il active le durcissement et pour les amalgames sur les dents postérieures pour le scellement des tubes, et des pivots il a des qualités.

L'or. Les difficultés de manipulation de l'or en feuille, ses qualités dans la bouche, ont fait rechercher si son alliage avec le

mercure ne pouvait pas lui donner des qualités de plasticité. Faire des aurifications avec le pouce, aurait séduit bien des dentistes — ce ne sont pas les meilleurs, — mais jusqu'ici les résultats ne sont pas satisfaisants. Morsman obtint après douze heures un certain durcissement (la chaleur de la main le rendait de nouveau plastique); après vingt-quatre heures la ductilité était améliorée sans que la résistance fût vraiment métallique.

Puisque les amalgames d'or pur ne donnaient pas de résultats, on pensa que son adjonction, surtout en de fortes proportions, devait donner au composé des qualités supérieures. Il fallut en rabattre. Actuellement, l'or n'entre que pour un faible tant pour cent dans les amalgames, même dans ceux où cela est un prétexte pour exagérer le prix de vente. Malgré cela dans de petites proportions il joue un rôle utile, il active le durcissement, l'assure plus parfaitement en diminuant le retrait, en empêchant la décoloration.

Le platine, à l'état de mousse s'unit au mercure, mais non à l'état de limaille. Même avec une forte addition d'étain. Essig n'obtint pas un composé plastique. Moins que l'or, il peut entrer dans la formation de nos amalgames, son tant pour cent doit être faible. Certains expérimentateurs vont jusqu'à nier ses avantages. Fletcher s'est fait son avocat en disant qu'il activait le durcissement et assurait la permanence du volume initial.

Il forme difficilement des alliages homogènes, sa densité, son haut degré de fusion rendant difficile sa fonte avec les autres métaux et bien souvent dans les lingots où il entre, il est inégalement réparti. Il aurait aussi le petit désavantage de tacher les mains.

Le zinc s'amalgame difficilement, reste granulaire, quoique cela, il durcit assez rapidement; en quarante minutes il forme une masse assez dure; après quatre heures, le brunissage peut s'opérer. Il n'entre qu'en de faibles proportions dans certains amalgames.

Le palladium. Ch. Tomes a obtenu le minimum de rétraction avec un amalgame de palladium, il durcit très rapidement, mais comme il noircit ou se trouve dans des conditions analogues à celles que donnent les amalgames cupriques, on a délaissé son usage. Allié à d'autres métaux, il perd les qualités énoncées ci-dessus.

Le cadmium. Il communique aux amalgames de grandes qualités plastiques. Mais, sa solubilité dans la bouche, son retrait, en font, somme toute, un des plus mauvais constituants d'amalgames.

L'antimoine est vénéneux et ne donne pas de qualités supérieures aux amalgames.

Il résulte des données précédentes, qu'il est impraticable de faire pour l'obturation des dents un alliage à froid de mercure et de l'un des métaux purs que nous citons plus haut.

Cest en les associant que nous obtiendrons le résultat désiré. Comment faut-il le faire ? Quelles sont les proportions les mieux appropriées à nos usages. C'est ce que nous allons rechercher.

On se voit forcé d'admettre que les alliages dont nous parlons plus loin forment des combinaisons chimiques, puisque les métaux isolés donnent des résultats très différents quand ils sont seuls, et quand ils sont associés.

Morsman, à qui nous avons déjà fait des emprunts, nous servira de guide dans cette étude, car, après avoir étudié l'action du mercure sur les métaux purs, il recherche comment ils se comportent à l'état d'alliage en proportions diverses. Sa série d'expériences sur l'argent, l'étain, alliés en des proportions variant entre les points extrêmes pour l'un et l'autre métal de 10 à 90 0[0, est des plus instructives. C'est là une base expérimentale qui peut servir à des travaux ultérieurs. Il est bon de la faire connaître.

Un alliage de 90 d'argent et 10 d'étain demande plusieurs jours pour durcir. Au bout de 48 heures un crayon rayait la masse.

Si on allie 80 d'argent et 20 d'étain, on obtient aussitôt un composé sans grande cohésion, mais le durcissement est beaucoup plus rapide, il est atteint en 1 heure 40 minutes.

En abaissant la proportion d'argent à 70, portant celle d'étain à 30, on obtient un alliage s'amalgamant rapidement, même avec peu de mercure, et devenant dur en dix minutes.

Avec 60 d'argent et 40 d'étain, le durcissement s'obtient plus lentement, il demande 30 minutes.

L'argent et l'étain alliés par parties égales, demande 1 heure pour durcir.

Jusqu'à la proportion de 40 argent, 60 étain, on est dans d'assez bonnes conditions d'amalgamation, quoique le durcissement ne s'obtienne qu'en 1 heure vingt-cinq minutes.

En faisant dominer l'étain sur l'argent, 30 de ce dernier et 70 d'étain, on s'écarte de plus en plus des conditions désirables, les bords sont moins solides et on ne peut brunir qu'après 1 heure 45 minutes.

Avec 20 d'argent et 80 d'étain, les bords sont peu durs, le durcissement demande 2 heures.

Enfin 10 d'argent et 90 d'étain, on n'obtient le durcissement qu'en 10 heures et les bords sont sans solidité.

L'argent et le cuivre, l'argent et le zinc, ont été moins étudiés, mais ce qu'il nous en apprend peut nous servir également.

Un alliage de 90 d'argent et 10 de cuivre (celui des pièces de monnaies) produisit après amalgamation un lingot très dur, pouvant être martelé. Après 1 heure 40 minutes, on put le brunir.

Un composé de 90 d'argent et 10 de zinc se lima et avait la plus grande ressemblance avec l'amalgame précédent.

L'étain et le cuivre 90 + 10 ne durcit pas du tout.

L'étain et le zinc 90 + 10 durcit en 24 heures, mais ne devient pas très résistant.

L'étain et le zinc 80 + 20, durcit un peu plus rapidement et a quelque ténacité.

L'étain et l'or 90 + 10, ressemble à un amalgame d'étain.

Voyez quels premiers éclaircissements nous donnent ces expériences pour établir les proportions des principaux constituants des alliages pour amalgames.

Aux extrêmes de la série on a des résultats analogue, l'addition de 10 et 20 0[0 d'étain à l'argent, de 10 et 20 0[0 d'argent à l'étain ne répondent pas à nos besoins. C'est dans les mélanges ne s'écartant pas beaucoup des proportions égales que nous devons faire un choix.

En scrutant les analyses d'amalgame, on se convainc que les fabricants s'en sont peu écartés. La pratique, cette autre forme de la méthode expérimentale, confirme donc les expériences de Morsman.

NOTE SUR LES INJECTIONS SOUS-GINGIVALES DE COCAINE ET LES PROPRIETES DE CET AGENT POUR CALMER LES DOULEURS DE LA PERIOSTITE ET DE LA PULPITE AIGUES

Communication lue le 15 février 1887 à la Société d'Odontologie

Par M. Richard-Chauvin, professeur suppléant à l'Ecole dentaire

L'anesthésie locale par la cocaïne parait être entrée définitivement dans le domaine des faits, car chaque jour voit s'accroître le nombre des praticiens ayant recours à son emploi.

Les nombreuses séances que notre Société a consacrées à l'étude de ce médicament, les discussions toujours intéressantes et souvent fructueuses qui les ont occupées ont démontré que tout dentiste, soucieux de rester dans le mouvement progressif, doit désormais, ajouter cet agent anesthésique à son arsenal thérapeutique.

Les travaux de MM. Witzel, Telschow, ceux plus récents du Dr Paulin, de MM. Viau, Blocman, Martial-Lagrange, etc., et surtout la dernière communication de M. Bonnet à la Société d'Odontologie ont considérablement éclairé la question. Désormais, il n'est plus permis d'ignorer qu'à côté des quelques accidents locaux ou généraux imputables aux injections hypodermiques; à côté des succès relatifs et même de quelques insuccès constatés, la methode des injections sous-gingivales avec la cocaïne est appelée à rendre les plus grands services à l'art dentaire.

Aussi n'est-ce qu'incidemment que je veux vous entretenir de l'anesthésie cocaïnée appliquée à l'extraction des dents.

Pourtant tout n'a pas été dit à ce sujet, et grâce aux travaux de

chacun de nous, il est permis d'espérer que nous progresserons dans cette voie.

M. Gillard posait dernièrement des conclusions bien nettes et marquées au coin d'un grand talent d'observation. Dans certaines névroses bien caractérisées, disait-il, la contre-indication à l'emploi du médicament est absolue. En effet, disait-il, au lieu d'obtenir l'anesthésie, on produiit au contraire une hyperesthésie intense qui a pour effet d'exaspérer la douleur de l'opération. Les observations de plusieurs de nos collègues sont arrivées à point pour démontrer que nous ne pouvons, quant à présent, poser des ègles fixes à ce sujet.

M. Blocman vous a cité le cas d'une jeune fille épileptique n'ayant pas eu de crises depuis deux ans.

L'absorption de la cocaïne a fait réapparaître momentanément les crises épileptiformes ; mais l'opération qui a suivi a été complètement indolore.

Ce fait contredit les conclusions par trop absolues de M. Gillard. Il n'est pas le seul. Voici un cas de ma pratique personnelle. en tout points semblable à celui de M. Blocman, sauf pour la forme de la névrose.

Madame B..., âgée de 40 ans, me fut présentée par le Dr B.. A l'examen dela bouche, je constatai que les 4 grosses molaires inférieures étaient atteintes de caries de quatrième degré, et notablement découronnées. Je décidai d'en pratiquer l'extraction. L'anesthésie cocaïnée fut approuvée par le médecin. bien que sa malade fût hystérique. Ces quatre molaires très solidement implantées furent extraites en quatre séances séparées, chacune par deux jours d'intervalle. Le succès fut complet quant à l'abolition de la douleur, mais dès les premières séances, des troubles généraux et des accidents nerveux suivirent les injections ; ils se renouvelèrent chaque fois en augmentant d'intensité, à tel point que la dernière opération fut suivie d'une crise qui m'obligea à garder la malade chez moi pendant 1 h. 1/2. Rentrée chez elle, elle dut s'aliter pour le reste de la journée.

Ceci, messieurs, m'a amené à me poser une question que je vous soumets : celle de l'élimination du médicament. Vous savez que certains produits mettent quelquefois plusieurs mois à s'éliminer, le mercure par exemple; et les accidents d'intoxication mercurielle sont, sans doute, liés à la durée d'élimination. Sans assimiler, sous ce rapport la cocaïne au mercure, ne peut-on penser que, dans certains cas, il pourrait y avoir danger d'intoxication, en répétant les injections hypodermiques à intervalles trop rapprochés ? J'estime qu'il serait intéressant d'étudier cette question, qui n'a pas, que je sache, été traitée, du moins chez nous.

Quant aux accidents post-opératoires, je tiens à vous en dire quelques mots: les eschares et les dénudations alvéolaires me paraissent devoir être attribuées à l'addition exagérée d'acide phénique qu'on a faite dans ces derniers temps.

Depuis environ deux mois, j'ai conclu d'après mes expériences personnelles qu'il était absolument inutile d'ajouter l'action anesthésique de l'acide phénique à celle de la cocaïne et que cet agent ne devait être employé que comme stérilisant et par conséquent dans de faibles proportions. L'action caustique de l'acide phénique me paraît expliquer suffisamment les escharres que nous avons constatées; depuis que j'en ai considérablement diminué la dose, ces accidents ne se sont pas renouvelés.

Pour éviter les fluxions qui suivent assez souvent les injections, M. Papot m'a fait part d'un procédé qui m'a, comme à lui, réussi dans la plupart des cas. Je vous le communique en son nom. Aussitôt après l'extraction, il fait faire à son patient de grands lavages, puis il pratique de fortes pressions des deux côtés du maxillaire, en promenant son doigt le plus haut possible pour le maxillaire supérieur, le plus bas pour le maxillaire inférieur en le rapprochant de l'alvéole béant ; il badigeonne ensuite les gencives avec la teinture d'iode.

Ceci dit, j'arrive à la partie proprement dite de ma communication, c'est-à-dire à l'emploi de la cocaïne pour faire cesser les douleurs de la périostite et de la pulpite aiguës.

Il y a quatre mois, Mme D..., envoyée par le Dr C... se présenta chez moi, se plaignant de vives douleurs à la mâchoire inférieure, ces douleurs étaient, disait-elle, occasionnées par une dent de sagesse du côté gauche. Cette dent, découronnée en partie, était recouverte à la surface d'une couche de dentine secondaire paraissant très épaisse. Tout d'abord je diagnostiquai une carie sèche ; mais un examen minutieux, et la douleur ressentie à la percussion ne me laissèrent aucun doute sur la nature de l'affection ; la pulpe était morte et en décomposition.

La perforation de la cavité pulpaire fut pratiquée pour donner issue aux gaz et à la suppuration.

Le soulagement fut presque immédiat comme cela arrive, du reste, à peu près toujours en semblable circonstance. Ayant constaté une perforation à l'apex de la racine postérieure je conseillai l'extraction ; la malade me pria de tenter la conservation de la dent. Je commençai le traitement sans enthousiasme. Prévenue qu'au moindre signe de douleur, elle devait retirer les mêches iodoformes, que je crus pouvoir placer quelques jours après ; elle voulut, ayant commencé à souffrir, suivre mes instructions ; mais elle n'arriva qu'à tamponner davantage le coton dans la dent. La nuit fut mauvaise et le lendemain elle revint me voir, en proie à de violentes douleurs. Nous décidâmes l'extraction à l'aide de la cocaïne. Je pratiquai les injections en poussant le liquide aussi lentement que possible. Trois minutes après, les douleurs avaient complètement cessé, la percussion était bien supportée et à ma grande surprise je constatai une consolidation notable de la dent. La malade très pusillanime, heureuse de ne plus souffrir, me pria de différer l'extraction et me pria de recommencer mes soins. Quelques jours après,

les mêmes accidents se renouvelèrent et l'extraction fut définitivement acceptée.

Les injections produisirent identiquement les mêmes résultats que précédemment mais l'extraction fut très douloureuse.

Cependant Madame D... se déclare satisfaite d'être débarrassée de sa dent.

A la suite de ces faits, j'entrevis la possibilité, non seulement d'atténuer les douleurs de la périostite, mais même de les faire cesser complètement. Peu après, je fus amené à me servir du même procédé dans les crises de pulpite aiguë et le succès, je dois le dire, dépassa les expérances que j'avais conçues.

Vous savez, Messieurs, que dans les cas de périostite aigüe résistant à l'ouverture de la cavité pulpaire, nous étions complètement désarmés et que l'extraction de la dent coupable pouvait seule avoir raison, à bref délai, des épouvantables douleurs causées par cette affection.

Dans nombre de cas ce moyen extrême nous répugne : une dent que l'on tient à conserver, des racines capables de supporter une ou plusieurs dents à pivot, etc., n'est-ce pas à contre-cœur que nous nous voyions obligés de nous priver du concours que ces organes, bien soignés, peuvent nous donner ? Aussi ne douterez-vous pas de ma vive satisfaction, en présence des résultats dont je viens de vous parler.

Je n'ai voulu, Messieurs, vous en faire part qu'à la condition de pouvoir vous apporter un certain nombre de faits précis et indiscutables.

Ceci explique le retard apporté à cette communication qui avait été annoncée il y a deux mois (1).

Voici quelques-unes des observations que j'ai pu recueillir :

Observations. — I. Madame D..., 36 ans, bonne santé, quoique un peu anémiée à cause de ses occupations sédentaires, se plaint de la dent de sagesse inférieure gauche. — Périostite aigüe, violentes douleurs, injections de 5 centigrammes de cocaïne dont la moitié à la face labiale, la moitié à la face linguale. Soulagement 3 minutes après les injections. — Cette dent a été extraite quelques jours après, mais les douleurs n'avaient pas reparu après les injections.

II. — Mme K..., 25 ans, d'une grande susceptibilité nerveuse, se plaint d'une deuxième petite molaire supérieure droite, obturée à l'amalgame sur une pulpe morte. Depuis deux jours la malade souffre violemment ; la dernière nuit a été trè mauvaise. Les injections

---

(1) Je lis dans l'Odontologie de février une traduction de M. Telschow, dans laquelle il est incidemment parlé des effets de la cocaïne dans les cas de périostite aigüe. Je ne sais si notre savant confrère a eu l'occasion d'observer, ainsi que je l'ai fait, la durée du résultat obtenu. Quoi qu'il en soit nous sommes heureux de nous trouver d'accord avec un des initiateurs de la méthode des injections sous-muqueuses de cocaïne.

calment les douleurs qui disparaissent complètement quelques minutes après.

Le lendemain je puis désobturer la dent sans que la malade accuse la moindre souffrance. A la suite d'un traitement approprié, cette dent peut être obturée quelques jours après.

III. — Mme V. P., souffre d'une périotite siégeant à la racine d'une canine supérieure gauche, découronnée depuis longtemps. Les injections rétablissent le calme. — Cette racine soumise à un traitement rationnel sans que les douleurs aient reparu, supporte actuellement une dent à pivot.

IV. — M. M., tempérament apoplectique, sujet à des étourdissements, souffre depuis plusieurs jours d'une première grosse molaire supérieure droite, atteinte de carie du 4e degré. Quand ce malade m'est présenté, les souffrances sont arrivées à l'état aigu; un léger empâtement de la joue annonce une fluxion à son début. Deux injections amènent le calme, mais trois heures après les phénomènes douloureux réapparaissent en augmentant d'indensité jusqu'à six heures du soir. A ce moment, soit cinq heures après l'administration de la cocaïne, le malade accuse des douleurs aussi intenses qu'avant l'absorption du médicament. Nouvelles injections, suivies d'une période de calme relatif. Dix minutes après le malade part complètement soulagé. La nuit est bonne; mais le lendemain les douleurs réapparaissent, avec beaucoup moins d'intensité, toutefois. La fluxion continue, les douleurs sont intermittentes et assez supportables. Quelques jours après, la dent à laquelle le malade tient beaucoup est soumise au traitement antiseptique.

Elle est obturée depuis trois semaines sans autre accident.

V. — M. K., souffre d'une première grosse molaire supérieure droite. Cette dent obturée depuis quelque temps sur une pulpe morte commence à devenir sensible à la pression. La dent est désobturée et le traitement commencé. Quelques jours après, une poussée inflammatoire assez intense se déclare ; le malade redoutant une mauvaise nuit, vient me demander du soulagement Je pratique les injections, qui font cesser les douleurs, le calme persiste et je continue le traitement. La dent est obtenue depuis deux mois sans autre accident.

VI. — Mme V., souffre de violentes douleurs de pulpite; la dent coupable est la deuxième petite molaire inférieure droite. Injections de cocaïne, la cavité pulpaire est ouverte 5 minutes après; la pulpe et son prolongement sont retirés dans la même séance. — Douleurs nulles. Actuellement la dent est obturée. Aucun accident consécutif.

VII. — Madame K... se plaint d'une canine supérieure droite. La mise à nu de la pulpe est la cause de violentes douleurs. Les deux dernières nuits surtout ont été très pénibles. Je soumets la malade aux injections cocaïnées, l'extraction de la pulpe et des filets vasculo-nerveux se fait dans la même séance. La malade accuse, pen-

dant cette opération une légère douleur qui, dit-elle, n'a rien de comparable aux souffrances antérieures.

La dent est obturée trois jours après.

Pas d'accidents consécutifs.

VII. — Madame L..., même opération sur la deuxième petite molaire supérieure droite, même succès, fluxion consécutive et douleurs modérées pendant la nuit, le lendemain les douleurs ont complètement disparu. Le traitement est commencé, mais le résultat final manque, je n'ai pas revu la malade.

IX. — Madame R..., pulpite aiguë de la première grosse molaire inférieure droite, ablation de la pulpe et des filets vasculo-nerveux dans la même séance, obturation de la dent deux jours après. Accidents nuls.

Mademoiselle R..., belle-sœur de la précédente, première petite molaire supérieure droite atteinte de pulpite aiguë, la nuit qui a précédé sa visite a été mauvaise et la malade souffre beaucoup lorsqu'elle vient réclamer mes soins. Aux injections succède une période de calme pendant laquelle la pulpe est excisée. La douleur est très supportable. La dent est aurifiée quelques jours après sans autre accident.

XI. — A l'Ecole dentaire, deux malades, dont je n'ai pas relevé les noms, se présentent un lundi matin, souffrant le 1er : d'une périostite aiguë occasionnée par la deuxième petite molaire inférieure droite ; il y a commencement de fluxion. M. Gillard, voulant se rendre compte des résultats dont je lui avais fait part, fait deux injections. Quelques minutes après les douleurs sont supportables, le Dr Lewett et M. Lemerle, professeurs, constatent que la dent n'est plus sensible à la pressien et qu'elle s'est notablement consolidée.

XII. — La deuxième est une malade à laquelle je préparais une première petite molaire inférieure, carie interstitielle pour une démonstration d'aurification par ma méthode d'or mou. Au cours de la préparation, la patiente se plaint de douleurs assez intenses de la dent voisine, cette dent douloureuse, même à la pression de la langue, avait été obturée à l'amalgame, par un de nos confrères, la pulpe paraît mortifiée d'après la coloration de la dent. L'eau froide exaspère les douleurs. Deux injections sont faites, la douleur cesse et une consolidation très appréciable est constatée par le Dr Lewett, par M. Thioly, élève à l'Ecole et quelques-uns de ses camarades, je continue la préparation de la dent, qui doit servir à ma démonstration. L'aurification est achevée, polie, et à ce moment, c'est-à-dire environ 30 à 40 minutes après les injections, on donne à la patiente un verre d'eau pour se laver la bouche. Malheureusement on n'a pas pris la précaution de donner de l'eau tiède. Au contact du froid les douleurs réapparaissent avec la même intensité qu'avant les injections. Je n'ai pas suivi cette malade et ne puis donner d'autres renseignements.

XIII. — Enfin, Mademoiselle M..., femme de chambre d'une de

mes clientes, m'est amenée il y a quelques jours. Elle souffrait d'une violente périostite occasionné par une deuxième petite molaire inférieure droite en fort mauvais état. Les gencives étaient fongueuses et la dent, dont on ne voyait qu'une portion très amincie de la couronne, était très douloureuse au simple attouchement de la langue. La malade refuse d'abord l'administration de la cocaïne et demande l'extraction. Le davier à peine placé, un mouvement de la tête occasionne la fracture du débris coronaire; la racine n'est plus visible. Les douleurs après cette tentative malheureuse sont intolérables. Je fais aussitôt deux injections de cocaïne et la malade quitte mon cabinet complètement soulagée. Depuis les douleurs n'ayant pas reparu j'ai remis l'extraction à un moment plus favorable.

M. Papot m'a communiqué plusieurs observations qui confirment en tous points les miennes. Plus heureux que moi, il n'a pas encore éprouvé d'échec. Mon observation n° 3 sans être un échec complet, n'est qu'un succès très relatif. Je conclus de ce qui précède que dans les cas de périoste aigüe, les troubles circulatoires occasionnés par l injection hypodermique de cocaïne ont pour effet d'amener le calme en décongestionnant le périoste; que la consolidation rapide de la dent doit être attribuée au même phénomène. Le périoste cesse après les injections d'être le siège d'une hypérémie intense.

Les vaisseaux moins distendus par suite du ralentissement de la circulation diminuent de volume et tout le tissu périostique subissant le contre-coup de cette action bienfaisante, se rapproche peu à peu de son état normal.

Dans la pulpite aigüe, la facilité avec laquelle on peut, après les injections, pratiquer l'ablation de la pulpe s'explique à peu près de la même façon. Les troubles circulatoires et l'élongation des filets nerveux interceptent d'une façon plus ou moins complète le courant sensitif. Je dis plus ou moins complète, parce que pour cette dernière opération les résultats, quoique toujours très satisfaisants, ne sont pas aussi constants comme suppression absolue de la douleur que dans la périostite aigüe.

Il semblait, depuis l'application de la chirurgie dentaire des injections sous-muqueuses, qu'un courant irrésistible devait nous pousser à l'extraction; les patients, heureux des résultats obtenus, demandaient eux-mêmes l'avulsion des dents facilement guérissables.

Evidemment, et nous parlons ici pour les praticiens consciencieux la découverte d'un agent anesthésique d'emploi facile ne justifie pas l'extraction à jet continu. Certes, cette opération, étant donnée, la suppression de la douleur, ne manque pas d'attrait et n'occasionne pas une fatigue bien considérable à l'opérateur. Mais pour nous, Messieurs, l'intérêt du malade prime tout. Or, si nous le privons d'organes qui peuvent être conservés, nous l'obligeons à se servir prématurément d'appareils de prothèse,

dont notre mission est de le préserver le plus longtemps possible.

J'estime, Messieurs, que vous penserez avec moi qu'il est, de beaucoup, plus intéressant d'appliquer les propriétés de l'anesthésie cocaïnée à la chirurgie conservatrice.

CLINIQUE

ODONTOME ODONTOPLASTIQUE

Par M. P. Dubois

On sait que ces odontomes se classent selon le degré d'avancement dans l'évolution du germe : Bulbaires quand la perturbation s'est produite au début, odontoplastiques quand, comme celui-ci, la perturbation s'est manifestée pendant la période de calcification et enfin radiculaires quand ils sont une perversion limitée s'étant produite lors de la formation de la racine et ayant changé notablement sa forme, par hyperplasie accentuée ; un renflement ou un nodule de dentine et de cément accolé à la racine constitue, dans les cas simples, toute l'anomalie.

On voit bien que celui-ci s'est formé pendant la période de calcification, la période odontoplastique ; quelques plaques d'émail s'observent fragmentairement à la periphèrie, mais il est constitué par une hypergenèse de l'ivoire, qui a subi, à la suite du trouble de nutrition, une prolifération, une augmentation considérable en quantité et en volume.

Il est aussi un odontome odontoplastique diffus. Cette masse en boule n'a rien de la forme de la dent.



Si on pratique une coupe médiane, en divisant l'odontome par

moitié, on constate de petites lacunes dans son épaisseur, elles sont un peu plus grandes vers le centre, mais rien de semblable à la cavité pulpaire La région periphérique est plus dense que la partie centrale, dans celle-ci on voit à la loupe des grains phosphatés spheriques mal réunis à la masse.

Cette tumeur était dans la bouche d'une servante de vingt ans, fort bien portante. Je n'ai pu apprendre d'elle si son enfance avait été troublée par quelque maladie ou si elle avait subi un traumatisme, l'étiologie est donc obscure.

Les grosses molaires dans la région de la tumeur, mâchoire supérieure côté droit, manquent, elles ont été enlevées ; me dit la malade « parce qu'elles remuaient ». On doit donc supposer que la tumeur avait tendance à s'éliminer spontanément et dans ce travail d'élimination ce mouvement vers la surface de la gencive, elle ébranla les dents placées au-dessus

Les autres dents sont bien conformées Du côté gauche, il ne reste que la deuxième grosse molaire, la première ayant été enlevée. Les molaires de sagesse ne sont pas encore apparues.

Cet odontome n'émergeait que fort peu au-dessus de la gencive, ainsi que le montre le modèle pris avant l'extraction.

La malade avait été demander consultation à un dentiste de la ville, qui s'était refusé à tenter l'extraction, et lui conseilla de se présenter à l'Ecole. Des douleurs névralgiques, la difficulté de la mastication résultaient de sa présence. Je pensai qu'il valait mieux en débarrasser la bouche.

Un peu d'inconnu entourait cette opération : l'étendue de la tumeur sous la gencive et même sous une portion osseuse, son adhérence avec les parties voisines ?

Nos pinces n'avaient pas une assez grande ouverture de mors pour pouvoir saisir la masse, le pied de biche la souleva, puis à l'aide de la pince, elle fut enlevée sans trop de difficultés.

Un petit fragment d'os nécrosé adhérant été enlevé en même temps. On le voit à la partie inférieure.

On pouvait craindre que le sinus maxillaire n'ait été perforé par l'odontome ou par l'ostéite consécutive. Fort heureusement il n'en était pas ainsi. On n'observait non plus aucun désordre général consécutif ; localement une distension des lames alvéolaires principalement du côté palatin se montrait, mais cela n'avait causé que les légers inconvénients indiqués plus haut.

L'extraction n'eut aucune suite fâcheuse.

Notre musée est encore pauvre en spécimens de ce genre d'anomalie relativement assez rare. Celui-ci y figurera comme pièce intéressante.

DÉPARTEMENTS	Classe 1877			Classe 1878			Classe 1879		
	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche
Ain	2 941	2	3	2.951	1	2	3.193	2	1
Aisne	4.320	37	5	4.400	7	6	4.777	25	3
Allier	2.386	4	»	2 635	»	3	2.883	»	2
Alpes (Basses-)	1.405	»	»	1.211	»	1	1.113	1	1
Alpes (Hautes-)	1.096	»	»	1.089	2	»	1.137	1	»
Alpes-Maritimes	2.083	4	»	2·220	9	1	2.304	4	1
Ardèche	2.142	12	9	2.228	8	1	2.345	6	5
Ardennes	2.263	11	»	2.466	44	»	2.432	24	»
Ariège	1.364	3	1	1.643	7	2	1 675	3	»
Aube	1.842	13	»	2.045	2	1	2.018	4	»
Aude	3.095	»	1	3.373	6	1	3.664	2	4
Aveyron	2.220	1	»	2.463	3	4	2.694	1	2
Bouches-du-Rhône	2 974	10	»	3 047	9	»	3.292	8	1
Calvados	3.272	20	2	3.400	16	8	3.413	6	8
Cantal	2.274	»	»	2.303	»	»	2.549	»	»
Charente	1 873	4	1	1.899	»	»	1.919	1	»
Charente-Inférieure	3.630	16	2	3.565	13	»	3.615	3	2
Cher	1.806	5	»	2.058	7	2	2.295	10	8
Corrèze	3.062	4	2	3.434	1	2	4.107	1	3
Corse	2.244	»	10	2.241	4	6	2.560	5	»
Côte-d'Or	3.383	13	4	3.271	3	»	3.528	2	2
Côtes-du-Nord	4.924	16	2	4.816	6	5	5.305	5	5
Creuse	1.517	4	2	1.634	5	1	1.842	2	»
Dordogne	3.140	24	»	3 349	1	19	3.409	6	»
Doubs	1.753	7	»	1.908	7	1	1.934	1	»
Drôme	2.611	16	»	2.550	2	»	2.701	6	1
Eure	1.603	47	»	1.619	54	1	1.745	53	»
Eure-et-Loir	2.350	2	»	2.188	16	»	2.351	3	»
Finistère	6.412	12	1	6.005	1	2	6.946	4	3
Gard	4.568	»	2	4.658	6	2	4.948	11	2
Garonne (Haute-)	3.773	»	1	4.123	11	1	4.441	2	2
Gers	1.516	»	»	1.634	»	1	1.665	2	»
Gironde	5.206	43	11	5.135	27	3	5.641	23	10
Hérault	3.446	13	1	3.545	8	»	3.667	7	»
Ille-et-Vilaine	6.064	29	13	5.885	9	»	6.584	2	2
Indre	3.150	9	4	3 672	12	»	4 015	14	1
Indre-et-Loire	1.759	7	2	1.918	12	2	2.108	12	2
Isère	4.669	8	1	4.865	3	1	5.171	7	»
Jura	1.955	6	»	2.081	4	3	2.111	3	2
Landes	1.686	93	4	1.839	16	2	1.894	14	8
Loir-et-Cher	2.276	25	1	2.220	24	1	2.403	5	»
Loire	6.482	11	1	6.594	1	3	7.298	2	2
Loire (Haute-)	2.333	»	»	2.411	1	»	2.747	3	»
Loire-Inférieure	5.211	10	1	5.214	11	»	5.707	31	2

DÉPARTEMENTS	Classe 1880			Classe 1881			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte des dents	TOTAL des maladies autres
	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Ain	3.437	»	3	3.415	6	»	15.337	11	9
Aisne	4.746	5	»	4.598	7	2	22.841	81	16
Allier	2.719	1	2	2.871	2	2	13.494	7	9
Alpes (Basses-)	1.085	1	»	1.476	1	3	5.690	3	5
Alpes (Hautes-)	1.114	2	»	1 070	»	2	5.416	5	2
Alpes-Maritimes	2.027	4	6	2·256	3	2	10.890	24	10
Ardèche	2.255	13	3	2.355	3	»	11.325	42	20
Ardennes	2.471	22	2	2.291	21	1	11.925	122	3
Ariège	1.498	1	1	1.602	7	»	7.782	21	4
Aube	2.096	2	1	1.777	4	»	9.686	25	2
Aude	3.428	3	»	3.697	16	2	17.257	27	8
Aveyron	2.648	»	»	2.691	»	»	12.716	5	6
Bouches-du-Rhône	3.163	20	4	3.227	7	1	15.703	54	6
Calvados	3.383	19	2	3.372	14	1	16.840	75	21
Cantal	2.457	»	»	2.394	»	2	11.977	»	2
Charente	1.934	»	1	2.028	6	1	9.653	11	3
Charente-Inférieure	3.650	17	»	3.633	9	1	18.093	58	5
Cher	2.198	7	4	2.176	1	»	10.534	30	14
Corrèze	3.697	1	1	3.829	5	4	18.120	12	12
Corse	2.418	1	3	2.277	»	3	11.940	10	22
Côte-d'Or	3.524	6	»	3.464	5	»	17.170	29	6
Côtes-du-Nord	4.857	3	3	4.990	7	6	24.892	37	21
Creuse	1.784	3	1	1.770	3	1	8 747	17	5
Dordogne	3.478	8	»	3.738	8	2	17.114	44	21
Doubs	1.886	5	»	1.920	9	»	9.401	29	1
Drôme	2.569	4	»	2.805	8	»	13.236	36	2
Eure	1.894	13	»	1.796	61	»	8.657	228	1
Eure-et-Loir	2.323	6	»	2.322	2	»	11.534	29	»
Finistère	6.494	5	5	6.577	6	8	32.434	28	19
Gard	4.765	2	»	4.534	11	»	23.473	30	6
Garonne (Haute-)	4.192	2	3	4.317	10	6	20.846	25	13
Gers	1.756	3	»	1.778	3	1	8.349	8	2
Gironde	5.363	35	1	5.717	65	14	22.262	194	39
Hérault	3.551	11	»	3.620	2	»	17.829	41	1
Ille-et-Vilaine	6.462	5	1	6.346	6	»	32.641	51	16
Indre	3.945	7	1	3.857	12	1	18.609	54	7
Indre-et-Loire	2.085	8	2	1.956	11	12	9.826	50	20
Isère	5.055	3	2	5.205	4	1	24.965	25	5
Jura	2 027	»	1	1.966	2	»	10.150	15	6
Landes	1.995	39	»	2.135	29	1	9.549	191	9
Loir-et-Cher	2.422	15	»	2.434	23	1	11.755	92	3
Loire	6.982	1	3	6.920	13	3	34.276	28	12
Loire (Haute-)	2.444	»	2	2.319	»	»	12.254	4	2
Loire-Inférieure	5.603	9	»	5.693	24	»	22.428	85	3

DÉPARTEMENTS	Classe 1877			Classe 1878			Classe 1879			Classe 1880			Classe 1881			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Loiret	3.334	11	1	3.528	15	1	3.707	8	[illegible]	3.714	47	1	3.644	9	1	17.927	90	4
Lot	1.521	»	»	1.520	11	1	1.713	»	[illegible]	1.656	»	»	1.741	1	1	8.151	12	2
Lot-et-Garonne	2.690	11	»	2.601	12	7	2.776	6	[illegible]	2.648	1	»	2.548	10	1	13.663	40	8
Lozère	1 648	1	1	1.814	»	1	1.963	1	[illegible]	1.875	»	6	1.926	1	»	9.226	3	9
Maine-et-Loire	3.342	11	3	3.658	16	»	3.735	1	[illegible]	3.844	»	3	3.817	6	»	18.396	34	7
Manche	4.546	24	»	4.501	10	»	4.645	52	[illegible]	4.464	38	5	4.402	53	5	22.558	177	11
Marne	3.896	1	4	3.968	15	1	4.116	12	[illegible]	4.132	15	1	4.002	10	2	20.114	53	12
Marne (Haute)	2.763	2	1	2.726	9	»	2.930	4	[illegible]	2.778	6	1	2.671	5	»	13.868	26	4
Mayenne	2.907	30	»	2.876	19	»	3.248	27	[illegible]	2.995	44	»	2.991	73	1	15.017	193	3
Meurthe-et-Moselle	3 996	9	4	4.004	15	3	4.211	8	10	3.788	17	6	3.929	19	2	19 928	68	25
Meuse	2.064	12	1	2.184	11	3	2.242	»	[illegible]	2.140	4	2	1.966	3	2	10.596	30	9
Morbihan	4.636	»	2	4.706	»	2	5.272	»	[illegible]	4.816	6	»	5.072	»	»	24 296	6	4
Nièvre	4.175	9	1	4.348	11	3	4.850	11	[illegible]	4.629	9	2	4.653	9	1	22.855	49	11
Nord	11.650	23	2	12.460	27	3	12.985	27	[illegible]	12.100	31	4	12.218	33	1	61.413	141	12
Oise	2.902	12	1	2.984	57	3	3.152	14	[illegible]	3.211	18	1	3.028	36	»	15.277	137	6
Orne	2.867	44	»	2.978	61	»	3.066	64	[illegible]	3.049	4	1	3.060	20	4	15.020	193	6
Pas-de-Calais	6.818	23	3	6.980	25	2	7.591	58	[illegible]	7.002	47	2	7.417	47	7	35.508	200	14
Puy-de-Dôme	4 236	2	4	4.627	1	»	5 886	1	[illegible]	4.598	»	»	4.615	»	»	22 962	4	6
Pyrénées (Basses-)	4.125	57	2	4.448	53	1	4.771	34	[illegible]	4.514	30	»	4.772	26	»	22 630	200	4
Pyrénées (Hautes-)	1.652	»	8	1.902	17	3	1.971	28	[illegible]	1.802	17	»	1.961	20	»	9.288	82	15
Pyrénées-Orientales	1.403	2	1	1.668	3	»	1.724	4	[illegible]	1.672	»	»	1.887	2	»	8.144	11	2
Rhin (Haut-)	2.367	9	»	2.357	3	1	2.333	5	[illegible]	2.465	4	»	2.222	3	1	11.444	24	2
Rhône	2.722	»	1	2.708	2	»	2.793	3	[illegible]	2.927	8	»	3.000	4	»	14.150	17	1
Saône (Haute-)	1.910	1	1	2.022	2	4	2.156	2	[illegible]	1.919	1	1	1.939	1	2	9 966	7	9
Saône-et-Loire	5.982	6	2	6.387	7	3	6.779	5	[illegible]	6.476	10	3	6.675	10	4	32.296	38	14
Sarthe	3 467	44	4	3.523	43	»	3.630	48	[illegible]	3.713	31	»	3.569	14	2	17.902	177	6
Savoie	2.226	3	»	2.347	2	»	2.638	1	[illegible]	2 634	»	»	2.462	»	1	12.307	6	2
Savoie (Haute-)	2 362	6	1	2.507	26	»	2.868	2	[illegible]	2.733	12	»	2.803	8	3	13.273	54	5
Seine	15.438	28	10	15.852	30	4	16.721	17	[illegible]	17.346	13	1	17.523	20	2	82.880	108	19
Seine-Inférieure	7.073	186	1	7.552	233	7	7.674	113	[illegible]	8.068	94	1	7.779	127	33	38.146	753	50
Seine-et-Marne	2.658	9	2	2.775	21	1	2.923	8	[illegible]	2.990	32	2	2 856	18	4	14.202	88	13
Seine-et-Oise	3.881	6	1	3.847	11	2	4.158	42	[illegible]	4.263	25	15	3 979	42	»	26.128	126	19
Sèvres (Deux-)	1.983	4	1	1.994	1	1	2.472	»	[illegible]	2.166	»	3	2.408	»	2	10.723	5	11
Somme	4.646	31	3	4.700	75	1	4.809	154	[illegible]	4.528	92	2	4 304	206	1	23.987	558	10
Tarn	1.449	»	2	1.534	4	1	1.735	1	[illegible]	1.639	2	»	1.820	1	1	8.199	8	4
Tarn-et-Garonne	1.770	1	1	1.798	3	»	1.927	»	[illegible]	1.840	1	1	1.887	»	»	9.222	5	3
Var	2.476	11	2	2.484	4	3	2.655	6	[illegible]	2.524	1	1	2.550	4	2	12.699	26	8
Vaucluse	2.089	»	»	1.949	3	»	2.148	3	[illegible]	1.991	2	»	2.043	1	1	10.220	9	1
Vendée	3.250	3	1	3.459	9	2	3.690	2[illegible]	[illegible]	3.565	13	1	3.879	11	1	17.843	58	10
Vienne	3.042	4	13	3.085	6	»	3.267	1	[illegible]	3.306	3	2	3.511	8	1	16.211	22	21
Vienne (Haute-)	3.508	6	»	3.934	1	1	4.392	3	[illegible]	4 225	1	4	4.379	6	5	20.498	17	11
Vosges	2.588	2	3	2.641	14	1	2.858	19	[illegible]	2.628	1	1	2.583	22	2	13.298	58	7
Yonne	2.355	26	»	2 372	20	»	2.618	20	[illegible]	2.598	22	»	2.473	8	»	12.426	96	»

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 18 janvier 1887

Présidence de M. Poinsot, vice-président

I. Rapport annuel. — II. Propositions de modifications au règlement. — III. Nomination du bureau.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

M. Blocman, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion ; ce procès-verbal est adopté, ainsi que le rapport général sur les travaux de la Société dont le secrétaire donne également lecture.

M. Godon, propose certaines modifications aux statuts de la Société. L'article 8 est ainsi modifié : « Le président et les vice-présidents ne peuvent être éligibles plus de deux années de suite dans la même fonction. »

M. Dubois cite à l'appui de cette proposition, l'exemple de la Société de Biologie, de l'Académie de médecine et de la Société d'Anthropologie.

La modification est adoptée.

M. Godon, propose de nommer président honoraire en témoignage des services rendus, tout ancien président que la Société jugera bon de nommer.

La proposition est adoptée.

M. Godon, rappelant certains faits qui se sont produits pendant le courant de l'année, propose d'ajouter au règlement l'article suivant : « Le bureau décide et propose le nombre des communications et leur nature avant la séance. »

M. Dubois, insiste sur le projet et le développe.

M. Blocman, demande que le secrétaire soit avisé au moins dix jours à l'avance sur les communications qui doivent être faites dans la séance suivante. Ces différentes modifications sont adoptées.

M. Dubois propose l'organisation d'une séance annuelle d'un intérêt exceptionnel. Le bureau ferait un choix parmi les questions à l'ordre du jour dans les préoccupations du monde professionnel, il pourrait faire appel à des membres étrangers à la Société et même à la profession, s'il le jugeait convenable. Nous nous acheminerions ainsi vers l'organisation de Congrès annuels.

Adopté.

La date donne lieu à discussion, les mois de juin, août, septembre et octobre sont tour à tour proposés. Le mois de juin est adopté pour la première année.

M. Godon, propose un prix annuel à décerner à la séance de fin de session sur la proposition du bureau de la Société, soit au tra-

vail, soit à la découverte qui aura le plus contribué au progrès de la science dentaire pendant les cinq dernières années.

Adopté.

La Société procède ensuite à l'élection de son bureau pour 1887. Vingt-un membres sont présents. Les résultats des votes, sont les suivants :

Président	MM. Poinsot. .	13	voix.
1er Vice-Président	Wiesner .	14	—
2e —	Godon . .	5	—
—	Dubois. .	3	—
—	Chauvin .	2	—
Secrétaire Général	Blocman .	14	—
Secrét. des séances	Bioux . .	16	—
—	Legret . .	11	—

La Société nomme M. Lecaudey, président honoraire.

M. Dubois. demande que les réunions de la Société aient lieu le premier mardi de chaque mois, en raison du tirage du journal où les communicatious faites à la société figurent. Adopté.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire-Général : Blocman.

Séance du 15 février 1887.

Présidence de M. Wiesner, vice-président.

I. Présentation d'un odontome et d'une racine resorbée sur un jeune sujet affecté d'abcès du sinus. — II. Injections de cocaïne pour combattre les douleurs de la périostite. — III. Résultats de cinquante anesthésies locales à l'aide de la cocaïne. — IV. Présentation de daviers et de pièces pathologiques. — V. Présentation de tire-fonds.

I. *Présentation de pièces pathologiques.*

M. Dubois présente un odontome accompagné du modèle de la bouche (Cette communication est insérée dans le corps du journal, ainsi qu'un modèle avec racine resorbée à la suite d'évolution vicieuse ayant causé un abcès du sinus.)

II. *Injections de cocaïne pour combattre les douleurs de la periostite.*

M. Chauvin.—Ayant obtenu des résultats encourageants pour la disparition des douleurs dans la périostite aigüe, j'ai jugé utile de vous transmettre des observations à ce sujet. (Cette communication est publiée dans le corps du journal.

M. Gillard. — Je me suis servi aussi des injections de cocaïne pour ouvrir des pulpes, et comme pour les extractions, j'ai eu des succès et des non réussites.

M. Dubois. — Je demanderai à M. Chauvin s'il n'a pas eu des accidents du côté de la gencive à la suite de ces injections.

M. Chauvin. Jusqu'ici je n'en ai pas observé, ainsi que M. Papot, à qui j'avais fait part des premiers succès que j'avais obtenus et qui a expérimenté également ce moyen.

Je dois ajouter que M. Papot m'a fait connaître un moyen pour combattre les accidents post-opératoires portant sur la gencive. En pressant la gencive fortement de bas en haut, on en expulse la plus grande partie de la cocaïne, et, depuis que j'emploie ce moyen, je n'ai plus d'accidents dans la région gingivale, les plaies se comportent mieux qu'avant.

M. Heidé. — Je ne pense pas qu'on puisse attribuer les bons résultats dont nous parle M. Chauvin, à l'expulsion du liquide injecté, car il est invraisemblable qu'il doive être absorbé pour la plus grande part.

M. Dubois. — Etant donnés les inconvénients certains de l'injection sous-gingivale, j'ai essayé de pratiquer l'extirpation de la pulpe vivante, en portant la cocaïne directement sur l'organe. Seule ou associée à l'acide phénique, je n'ai pas obtenu une diminution considérable de la douleur, j'ai été plus heureux avec une combinaison d'éther sulfurique et de cocaïne Avec l'eau de Rabel, la cocaïne et l'atropine on a une action encore plus énergique; seulement, je dois dire que cette action n'est pas seulement analgésique, mais qu'elle est aussi caustique, l'acide sulfurique de l'eau de Rabel dissout entièrement la pulpe et on la retire à l'état de bouillie noirâtre comme dans la cautérisation à l'acide sulfurique. Je n'ai pas observé dans les quelques cas où j'ai expérimenté ce moyen de périotiste consécutive. Malgré cela, il est évident qu'on doit éviter de faire fuser audelà de l'apex, car on aurait une cautérisation dépassant le but.

Il ne m'est pas possible de vous faire une communication étendue sur ce sujet dès ce soir, le nombre de mes observations est encore trop restreint, mais puisque l'on parle de destruction de la pulpe à l'aide de la cocaïne, il était peut-être bon de vous dire un mot sur ces essais. J'ajoute que la pulpe est extirpée par le procédé du coton que j'ai exposé devant vous. On met un peu plus longtemps à enfoncer sa mèche, mais le procédé est le même.

M. *Gillard.* — Je crois, Messieurs, que pour cette question des injections de cocaïne nous devons surtout nous attacher à rechercher quelles sont les personnes auxquelles il convient de faire ces injections, et c'est dans ce sens qu'il faudrait faire des statistiques.

J'ai déjà dit dans une de nos réunions, qu'il y a contre-indication chez les personnes atteintes de névroses, dans l'hystérie, dans l'épilepsie, etc. J'ai même cité un cas que j'ai observé dans mon cabinet, d'autant plus intéressant que le jeune homme était un étudiant; il avait eu étant enfant des convulsions et il lui en était resté un tic nerveux.

Ce n'est que sur son insistance réitérée que je me suis décidé à lui injecter de la cocaïne; il a énormément souffert et il en est

résulté un refroidissement des extrémités qui a duré plus d'une heure.

En général, je crois que l'anesthésie est plus certaine au maxilaire supérieur qu'au maxillaire inférieur, et lorsque l'on fait des injections sur des tissus sains on est presque toujours sûr du succès.

III. *Résultats de cinquante cas d'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne.*

M. Ronnet lit une communication basée sur les observations d'anesthésie locale recueillies dans sa clientèle et à la clinique de l'Ecole. (Voir *Odontologie*, février, page 63).

M. Godon. — Nous ne pouvons que remercier M. Ronnet de sa communication et de la sincérité qui la dicte. Dans les cas qu'il cite, nous voyons, et nos observations confirment les siennes des succès et des insuccès. Les accidents consécutifs sont tous bénins; cependant, à notre avis, ils doivent être mentionnés. Je crois que nous pouvons employer la cocaïne dans la plupart des cas, car elle est un agent anesthésique précieux.

Ainsi, dans les opérations faites à la clinique de l'Ecole, l'accident le plus fâcheux est celui qui est arrivé à notre excellent confrère, M. Telschow. Il avait injecté o gr. 10 de cocaïne à la vérité. La paralysie de la région pharyngienne, les tremblements, le refroidissement, auraient pu nous inquiéter, mais même dans ce cas, il n'y eut pas de suites réellement fâcheuses.

J'ai eu pour mon compte peu d'accidents, quelques cas de fluxions, de nausées, de refroidissement, et dernièrement, à la suite d'injections de cocaïne, dans de l'eau phéniquée, quelques eschares sur la gencive. Dans ma série d'observations je note aussi au point de vue de la sensibilité des variations : anesthésie complète incomplète et même nulle.

J'ai une patiente, âgée de 35 ans, qui perd toutes ses dents la suite d'une résorption alvéolaire, dont je vous entretiendrai ultérieurement. Je lui ai fait de nombreuses extractions à l'aide de la cocaïne, et chaque fois l'anesthésie est complète sans le moindre accident consécutif.

Le succès de l'anesthésie dépend surtout, à mon avis, du plus ou moins de facilité que rencontre l'absorption du liquide, du plus ou moins d'activité du système vasculaire.

M. Lagrange — J'ai fait et fais beaucoup d'injections de cocaïne et n'ai jamais vu se produire d'eschares. J'emploie une solution d'eau phéniquée de 2 à 3 centigrammes de cocaïne pour les cas simples et de 4 à 5 pour les cas difficiles. Je fais mes injections de la manière suivante : j'injecte 30 centigranmes de solution à la face externe et 20 à la face interne, et j'ai toujours eu des succès.

M. Duboïs. — Je demanderai à M. Lagrange ce qu'il entend par succès ?

Veut-il dire qu'il a eu anesthésie complète, absolue sans la moindre douleur, et dans tous les cas? Qu'il n'a jamais observé le moindre accident toxique : pâleur, sueurs froides, tremblements, nausées, malaise, incoordination de la marche, ces accidents fussent-ils légers et fugaces. Qu'après les extractions faites à l'aide de l'anesthésie cocaïnée, les plaies se referment aussi bien, aussi rapidement qu'après les extractions où on n'a pas employé les injections sous gingivales? S'il en est ainsi, je comprends qu'on nous parle de succès constants, qu'on nous montre des statistiques triomphantes, et alors je demanderai que les brillants opérateurs qui les obtiennent daignent bien les rendre irréfragables en opérant devant une commission nommée par vous.

M. Lagrange. — Quelques patients ressentent bien un peu de sensibilité, quoique rarement, il se produit quelquefois de l'œdême et du gonflement. Il est certain aussi que les plaies se referment moins bien et sont plus longues à se cicatriser. Mais, je le répète, il n'y a jamais eu d'eschares.

M. Dubois. — Si nous reconnaissons tous, qu'il y a accident dans certains cas, et si nous ne différons que sur leur fréquence, et leur gravité le désaccord est bien faible, si toutefois il y en a un.

Je constate donc que l'opinion sur l'innocuité absolue de la cocaïne injectée sous la gencive n'est pas représentée ici.

IV. *Présentation de daviers et pièces pathologiques.*

M. Godon. — Je présente au nom de M. Telschow, trois daviers pour l'extraction des racines qu'il offre à l'École. Avec ces instruments très puissants, on enlève les racines en faisant passer les mors par-dessus la paroi alvéolaire que l'on coupe.

Nous avons vu M. Telschow les employer, à la clinique de l'École, avec succès; cependant, nous pensons qu'il vaut mieux lorsque cela est possible, employer les divers leviers ou pinces à racines ordinaires.

M. Godon présente également diverses dents de formes anormales notamment une bicuspide supérieure à 3 tubercules, adressée par M. Cazeaux de Dunkerque.

V. *Présentation de tire-fonds.*

M. Wisner — Je présente des tire-fonds pour extraire les racines dont je me sers depuis bien des années, toujours avec succès. Ce sont des tiges d'acier de plusieurs dimensions, terminées en pointes fines avec pas de vis très serré; au moyen d'une autre tige terminée en triangle, j'agrandis légèrement le canal de la racine à extraire, et je visse avec précaution un de ces tire-fond ; une fois fixé, je saisis la tige avec un davier, et je donne une forte et brusque secousse pour l'extraction de la racine.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire des séances,

LEGRET.

REVUE DE L'ÉTRANGER

ENCORE LE BRONZE D'ALUMINIUM

PAR M. THIOLY, D. E. D. P.

Depuis une année, en Allemagne, le bronze d'aluminium ptéconisé par M. le professeur Saner, est à l'ordre du jour.

Dans les annonces de la quatrième page des journaux quotidiens allemands, quelques spécialistes vantent les mérites et les qualités de ce métal. Ainsi à Dresde, un dentiste (M. Polscher) a fait paraître la réclame suivante :

NOUVEAU NOUVEAU

Dentiers

Dents artificielles à plaque de bronze d'or,
Bien meilleur marché que les plaques d'or.
Aussi durables que les plaques d'or.
Aussi légers que le caoutchouc.
Plus minces que le caoutchouc,
Bien plus durables que le caoutchouc.
Agréables à porter.
Guère plus chers que le travail en caoutchouc.

NOUVEAU NOUVEAU

Me faisant l'écho du bruit qui se faisait autour de cette prodigieuse découverte, je traduisis pour l'*Odontologie* un article relatif à ce sujet tiré de la *Zahntechnische Reform*.

Depuis, j'ai fait de nombreux essais avec le bronze d'aluminium ; mais les diverses épreuves que j'ai tentées n'ont pas confirmé les avantages que M. le professeur Sauer croit avoir découverts. Je n'ai trouvé aucune des qualités que j'espérais rencontrer d'après tout le bien qu'on nous promettait.

En effet, si le bronze d'aluminium s'estampe facilement, c'est qu'il est beaucoup plus mou que l'argent ; son élasticité que l'on a comparée à l'acier est nulle. Des crochets que j'avais essayé de placer s'ouvraient et devaient être resserrés chaque fois que la pièce devait être piacée. La soudure se fai tdifficilement à cause de l'oxydation du métal, il faut continuellement saupoudrer l'endroit à souder avec du borax.

De caoutchouc vulcanisé ne tient pas sur le bronze d'aluminium, et si l'on suit la recommandation de M. Sauer, qui consiste à recuire la plaque au rouge, afin de lui donner une surface ou patine propre à faire adhérer le caoutchouc ; on ne fait que rendre la plaque plus molle encore, sans obtenir de propriétés plus adhésives.

J'ai construit un appareil vulcano-métallique de 6 dents soudées à une plaquette, n'ayant pas réussi, je dus le refaire une seconde

fois, en ayant soin de cribler de trous la plaque avec l'emporte-pièce, de manière à la rendre pareille à la toile métallique. Et eucore dans ce dernier cas, le succès n'était pas complet, car le caoutchouc directement en rapport avec le bronze d'aluminium était mou et comme s'il était décomposé.

Le poids d'un appareil de ce métal est au moins le double de celui d'une pièce en caoutchouc.

M. B..... portait depuis deux ans, une pièce artificielle de cinq dents montées sur vulcanite. Lui ayant dit des merveilles au sujet du bronze d'aluminium, il me demanda de lui placer un appareil de cette composition. Le travail terminé, je trouvai que son poids était de 20 grammes et une fraction, contre 10 grammes le poids de la plaque en caoutchouc. En outre, pour souder les dents et les crochets, je m'étais servi d'un morceau de ressort en or de 4 fr. 50; la plaque revenait à 0,80 centimes, ce qui faisait un total de 5 fr. 30. Si j'ajoute encore les frais du feu et du gaz, pour couler les zincs et les plombs, pour estamper, recuire et souder la plaque, etc., j'arrive au bas mot à 7 fr., sans compter la valeur du travail, la peine et le temps. La même plaque en caoutchouc, y compris la cuisson, serait revenue de 1 fr. 20 à 1 fr. 50.

Ainsi ne peut-on dire, que la valeur d'une plaque de bronze d'aluminium soit la même que celle d'une plaque de caoutchouc. Tous les dentistes savent que c'est le temps et la difficulté du travail, qui augmentent le prix d'un appareil métallique et non pas la valeur du métal lui-même.

Laissons donc de côté tous ces métaux qui s'oxydent plus ou moins. Que ce soit de l'aluminium estampé ou coulé, de même que ses alliages avec l'or, le cuivre, le zinc, etc. C'est de l'importation allemande, c'est bon marché, mais c'est encore trop cher pour sa valeur.

Si nous avons un client pauvre, établissons-lui une plaque de caoutchouc. Si l'articulation et la solidité de la pièce artificielle réclament du métal; soyons généreux, et au lieu de l'empoisonner avec un appareil en métal pour chaudrons, mettons plutôt de notre poche et estampons, lui une plaque d'or.

Nous pratiquerons ainsi les conseils désintéressés, que nous enseignait dernièrement dans son travail — La Déontologie dentaire — notre vénéré maître, M. le professeur Poinsot. Nous ne serons pas rémunérés de nos sacrifices, soit, mais la satisfaction éprouvée nous dédommagera et nous aurons une joie bien supérieure en ayant fait consciensement notre devoir à celle que nous ressentons après avoir terminé un travail bien rétribué.

P.-S. — Je croyais être seul à déconseiller l'emploi du bronze d'aluminium, mais je lis à l'instant que M. Sauer rencontre beaucoup d'opposition contre sa théorie de bon marché, même parmi les dentistes allemands. Entre autres M. Stephan, de Dresde, combat vivement dans « La Zahntechnische Reform » l'introduction des métaux impurs dans la prothèse dentaire.

« Jusqu'ici, — écrit-il, — on pouvait dire au public, que l'or

et le platine étaient les seuls métaux employés pour établir une pièce métallique. Aujourd'hui, grâce à la réclame de certains dentistes, les clients ne croiront-ils pas que nous sommes ou des arriérés ou des trompeurs, si nous leur proposons une plaque d'or; eux, qui ont lu que les dentiers en aluminium, ou en bronze d'aluminium sont tout aussi bons que ceux en or et meilleurs que ceux en caoutchouc.

Que répondre à la question qu'ils nous poseront : Qu'est-ce que le bronze-or d'aluminium ? Pourrons-nous leur dire que c'est un alliage d'or, lorsque nous savons que c'est un alliage de cuivre?

M. Stéphan regrette qu'un professeur aussi en vue et aussi distingué que M. Sauer, puisse conseiller l'emploi d'un métal aussi inférieur.

Il termine en relatant, qu'ayant placé à un client, un appareil en bronze d'aluminium, celui-ci, malgré des lavages répétés à l'aide d'un élixir phéniqué, eut dès l'instant où sa pièce artificielle fut posée un goût particulier et continuel de laiton. Au bout d'une quinzaine de jours, son patient angoissé et craignant une intoxication, revint le prier de lui faire un appareil en caoutchouc.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES DIPLOMES MÉDICAUX ET L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE

par M. P. Dubois.

(*Suite*) (1)

La preuve que les études médicales ne préparent pas suffisamment le dentiste à l'exercice de sa profession, est dans le succès des dentistes d'origine exotique qui, pendant un temps, sont venus faire une concurrence redoutable aux nationaux, fussent-ils médecins.

Le public n'est pas absolument juge en la matière, et on ne peut accepter comme étalon unique de la valeur professionnelle les succès de clientèle, mais enfin, on ne peut dénier toute raison à l'engouement passager dont les dentistes américains ont été l'objet.

Ils avaient sur les nôtres la supériorité que les études spéciales donnent, que l'exercice manuel bien dirigé assure. Ce ne sont pas les études générales ni les études médicales qui les ont fait ce qu'ils sont. Elles sont à peu près nulles aux Etats-Unis. Nous devons chercher autre part la raison de leurs succès.

Avec le concours de nos confrères et de tous ceux qui s'inté-

---

(1) Voir *Odontologie*, février 1887, page 86.

ressent au renom de la France, à l'avenir de ses enfants sur le sol national, nous espérons regagner la distance perdue, et montrer que notre pays n'est pas déchu dans cette branche de l'activité humaine. Nous espérons même réaliser le souhait du professeur Trélat, qui nous disait à l'une de nos inaugurations » qu'après avoir subi l'importation nous pourrions à notre tour » faire de l'exportation ».

Nous ne pourrons le faire qu'en nous engageant dans la même voie que nos heureux concurrents, qu'en visant le côté pratique, qu'en donnant une large place aux études techniques.

Pourquoi exiger des études à côté, des connaissances d'un intérêt indirect, quand il est difficile de savoir ce qui est essentiel, ce qui est primordial ?

L'art dentaire est-il actuellement assez vaste pour occuper l'intelligence d'un homme, ou peut-il être considéré comme un accessoire de la médecine ? Telle est la question.

On dira que les études générales et médicales ne seront pas pour le dentiste praticien sans utilité. Certainement ; nous ne disons pas le contraire. Mais il s'agit de prouver qu'elles sont indispensables.

On ne fait pas des savants malgré eux. L'Etat ne peut imposer à tout le monde la haute culture intellectuelle. Elle est réservée à une élite. Qu'on laisse la masse faire sa fonction sociale, sans exiger d'elle des études superflues, études dont elle ne prend que la superficie, la mnémonique en quelque sorte. Combien de médecins n'apprennent de science générale que ce qu'en donne un répétiteur qui prépare à l'examen. Quel profit le malade en tire-t-il ? Où est le bénéfice social de ce gavage cérébral ? Il y a peu de temps, on constata avec effroi dans le monde médical que nombre de docteurs en médecine avaient obtenu leur diplôme sans avoir fait un accouchement, même normal. Par contre, les langues mortes ont dû leur être familières.

En demandant aux futurs dentistes l'examen de grammaire, l'anatomie, la pathologie de l'articulation tibio-tarsienne, le traitement des pyrexies, « le diagnostic différentiel de la pleurésie et de la névralgie intercostale », comme disait Paul Bert, on demande le superflu sans s'occuper du nécessaire : savoir soigner une dent, l'obturer, la remplacer.

Des raisons d'un autre ordre s'opposent à ce qu'en France, à la fin du XIXe siècle, on demande aux dentistes d'avoir fait des études médicales complètes pour exercer leur profession. Nous les empruntons à l'exposé des motifs du projet de loi en question. Il dit dans une de ses annexes :

Ainsi sur 36,097 communes existant en France en 1883, il en est 29,795 qui ne possèdent ni docteur, ni officier de santé, soit les cinq sixièmes.

La répartition du corps médical est donc défectueuse. Mais, en constatant le fait, nous devons reconnaître que ce n'est pas dans la

loi sur l'exercice de la médecine que se trouve le remède. Nous ne formulerons donc, dans ce projet de loi, aucune proposition pour remédier à cette mauvaise répartition. Mais ce qui ressort des chiffres précédents, c'est que le nombre total des praticiens est insuffisant, et qu'il va sans cesse en diminuant. (Projet de loi sur l'exercice de la médecine. P. 17.)

Nous n'avons pas qualité pour contredire les savants auteurs des rapports annexés à l'exposé des motifs. Pourtant il nous sera permis de faire remarquer que l'inconvénient avoué pourrait être atténué en élaguant des études médicales tout ce qui n'est pas indispensable à l'exercice professionnel. L'exigence des baccalauréats ne se justifie pas à l'esprit de tout le monde par des raisons du genre de celles-ci :

« Le médecin est en rapport avec les membres de la société à quelque classe sociale qu'ils appartiennent ; on ne saurait admettre que le malade accorde sa confiance à un médecin chez lequel il trouve une instruction générale inférieure à la sienne. »

« Aussi la conséquence est que : « pour faire ces études complètes, il faut que la famille puisse s'imposer, dès que l'enfant a huit ou neuf ans, des sacrifices pécuniaires, et quelle puisse les continuer pendant dix ans ; puis cette période sera suivie de sept ou huit ans d'études médicales. » (Loc. cit. p. 17.)

Et voilà pourquoi votre fille est muette.

Pourquoi dans nombre de bourgs et villages de notre beau pays l'épidémie peut accomplir sa funèbre besogne, les causes nocives agir avec toute leur puissance ?

Veut-on aussi nous assurer des relations mondaines ?

Veut-on nous créer des aptitudes littéraires, pour lequelles, on le sait, tant de français ont déjà des dispositions ?

Nous demandons qu'on n'ait pas à déplorer plus tard pour le dentiste, ce qu'on déplore actuellement pour le médecin. Qu'on ne surelève pas artificiellement son prix de revient, qu'on le laisse économiquement apprendre son métier, qu'on ne crée pas un état de choses rendant impossible son établissement dans les petits centres.

Il y a 14000 dentistes aux Etats-Unis il y en a 5.600 en Angleterre et 1.800 en France. Il reste donc de la marge pour qu'il y ait encombrement chez nous.

La loi « expression de la nature des choses » doit répondre à un besoin public et avoir l'assentiment des intéressés, pour être véritablement respectée, pour qu'on n'ait pas la tentation de l'enfreindre, de la tourner. En ce qui nous concerne, la loi sur l'exercice de la médecine ne serait pas respectée. On peut le prédire à coup sûr. Un exemple : Il est impossible d'empêcher la fabrication et la pose des dents artificielles à quiconque est sollicité de le faire ; or, cela est si souvent lié à de petites opérations que le praticien non diplômé les exécutera. Il le fera avec la

complicité de son client. Pourra-t-on le poursuivre pour ces actes comme exerçant illégalement l'art dentaire. On se plaint de l'exercice illégal de la médecine. Que serait-ce donc pour notre profession si la loi proposée était votée ? Le gouvernement serait dans cette alternative, ou de fermer les yeux et de laisser violer ses prescriptions, ou de poursuivre dans de nombreuses circonstances sans qu'il y ait eu préjudice personnel. Enfin l'étude des législations étrangères sur la matière montre également le mal fondé de l'article 6 du projet de loi. En Angleterre, en Allemagne, dans quelques Etats de l'Union américaine on a légiféré sur la pratique de l'art dentaire et dans tous ces pays on a écarté la combinaison qu'on propose pour la France. En Hollande on l'a adopté. Quel en a été le résultat. Le rapport de M. Deneffe, à l'Académie de médecine de Belgique, va nous l'apprendre :

Jusqu'en 1867, la profession de dentiste a été réglementée par la loi de 1818, cette même loi que nous trouvons encore debout chez nous.

A cette époque l'art dentaire, mis sur le rang de toutes les autres spécialités médico-chirurgicales, rentra dans la pratique ordinaire de la médecine. Les docteurs en médecine furent seuls admis à la pratique de l'art dentaire, De 1867 à 1876. La loi qui subordonnait l'exercice de la profession de dentiste à l'obtention du diplôme de docteur en médecine, resta en vigueur. Mais les faits démontrèrent que les exigences de la loi avaient été excessives, car pendant ces neuf années deux médecins seulement devinrent dentistes. En présence de ce dépeuplement de la profession, le gouvernement modifia la loi, et voici ce qui se passe aujourd'hui en Hollande.

L'enseignement de l'art dentaire se donne dans les universités d'Amsterdam, d'Utrecht et de Leyde, par des professeurs dentistes. Les examens se passent dans les hôpitaux académiques, devant un jury de professeurs de la faculté de médecine, auquel l'Etat adjoint deux dentistes diplômés. (Rapport sur l'organisation de l'enseignement odontologique en Belgique. Séance de l'Académie royale de médecine, juin 1886. *In Revue odontologique de Belgique*, août 1886, page 264.)

Veut-on tenter de faire réussir en France ce qui a échoué dans les Pays-Bas ?

Pour toutes ces raisons nous sommes convaincus que les Chambres et le gouvernement écarteront l'article 6 du projet de loi sur l'exercice de la médecine tel qu'il a été rédigé. Nous sommes confiants en son équité et nous attendons sans crainte ses décisions.

LE CONGRÈS DE WASHINGTON

Nous détachons d'une lettre d'un de nos confrères de province l'extrait suivant :

Vous le savez, le Congrès international des Sciences médicales se réunit en septembre prochain à Washington.

Comme une section est consacrée à l'art dentaire, il sera non-seulement international pour les médecins, mais aussi pour les dentistes, qui voudront profiter des facilités que la réunion de ce Congrès leur donne, pour visiter les Etats-Unis, juger *de visu* la pratique de nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique, étudier l'organisation de leurs écoles, de leurs sociétés. L'Odontologie a signalé à plusieurs reprises l'internationalisme des progrès dans la science et la pratique de notre art. Notre Ecole s'est honorée en envoyant à Brême un de ses délégués, étudier les progrès auxquels M. Herbst a attaché son nom. Elle a rendu service aux dentistes français en communiquant libéralement, par la voie de votre journal, les procédés de l'éminent dentiste allemand.

Ne vous semble-t-il pas que ce que l'on a fait pour la méthode rotative est non moins impérieusement commandé pour le Congrès de Washington, et ne serait-ce pas pour nous une déchéance, si nous restions en dehors de ce mouvement.

Il est donc nécessaire, à mon avis, qu'un dentiste français soit notre représentant à ces grandes assises professionnelles.

Qu'il nous fasse un rapport étendu, complet, sur les conditions de la pratique, dans le pays où, pendant ce dernier demi-siècle, elle a été poussée à son plus haut point de perfection.

C'est un travail, un sacrifice pécuniaire que nous demanderons au dentiste chargé de cette mission, et il est juste que nous le dégrevions au moins des frais matériels du voyage, si nous ne pouvons le faire du préjudice de clientèle résultant de son absence pendant un mois au moins.

L'Ecole devrait y contribuer, car elle en tirera quelque bénéfice; mais nous savons tous qu'elle est encore trop pauvre pour se charger à elle seule de fournir les fonds nécessaires.

Ne pensez-vous pas qu'une souscription publique faite parmi les dentistes permettrait de réunir l'argent nécessaire ?

Un Dentiste français.

Nous remercions notre sympathique confrère de sa proposition. Nous pensons comme lui qu'il y a intérêt majeur à ce qu'un délégué de l'Association générale des Dentistes de France aille au Congrès de Washington en notre nom.

Nous avons communiqué cette lettre à quelques uns de nos amis qui, comme nous, jugent l'idée des plus heureures, qu'il était bon d'y donner suite immédiatement. Nous publions donc les premières souscriptions que nous avons reçues. P. D.

Ch. Godon	50 francs
Ronnet	50 —
Dubois	50 —
P. Chrétien . . .	100 —

Nous recevons aussi de notre distingué confrère, M. Bogue, la communication suivante :

Voulez-vous me permettre de solliciter de vos lecteurs qui vou-

dront assister au Congrès international des Sciences médicales, — Dental and Oral Section, — de me fournir un résumé de leurs communications, ou leurs communications elles-mêmes.

Afin d'établir un programme, de l'ordre dans les discussions, et donner à chaque sujet une quantité de temps appropriée, il est nécessaire que les secrétaires soient informés aussitôt que possible.

E. A. Bogue, D. D. S.,
Secrétaire,
39, boulevard Haussmann,
et 29, East. 20th. Street, New-York.

VARIA

DOCUMENTS SUR L'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE

C'est une primeur de deux siècles que nous offrons aujourd'hui au lecteur.

L'article suivant est absolument inédit. Il est extrait des régistres manuscrits de l'Académie des sciences et nous le devons à l'obligeance de notre ami le Dr L. H. Petit qui va faire paraître une édition complète des œuvres de Mery et de Littre

Mery, mort en 1722, fut chirurgien de la Reine, de l'Hôtel-Dieu, et un savant des plus distingués. Comme tel l'Académie des sciences le reçut dans la section d'anatomie (1684).

De pareils titres font assez ressortir l'intérêt du document qu'on va lire.

Dr Th, David.

DE LA FORMATION ET DE LA CHUTE DES DENTS.

Dans le fœtus, la mâchoire inférieure est divisée en deux os, qui s'unissent en un dans l'enfant ; le moyen qui les lie ensemble au milieu du menton se changeant en os peu de temps après la naissance.

La mâchoire supérieure est aussi partagée en deux os, mais qui d'ordinaire restent séparés pendant tout le temps de la vie de l'homme.

Dans le commencement de la formation des quatre os propres des mâchoires, chacun d'eux ne fait qu'un creux en forme de rainure qui renferme une matière épaisse et glaireuse, partagée en six globules recouverts en dehors par les gencives et enveloppés en dedans de cette rainure d'une membrane qui les lie les uns aux autres par le côté. Ces globules ont, avant de s'ossifier, toute la grosseur des dents dans lesquelles ils se métamorphosent.

A mesure que les os des mâchoires se perfectionnent, leur rainure pousse de part et d'autre des lames d'os qui la traversent et qui

s'unissant ensemble forment des cloisons osseuses qui la partagent en six cellules qu'on nomme alvéoles. Ces lames en se formant avec lenteur divisent peu à peu les globules les uns d'avec les autres, mais il reste dans le fond des alvéoles, aux cloisons qui résultent de leur union, un trou de communication des unes dans les autres, par lequel passent les vaisseaux qui vont se rendre aux globules qui renferment la matière des dents dont je vais décrire la formation.

Tous les anatomistes partagent le corps de chaque dent en deux parties. Ils appellent celle qui paraît au dehors des gencives, la base, et celle qui est enfoncée dans les alvéoles, la racine. De ces deux parties, la base se forme là première, de la portion de la glaire qui touche la gencive, et qui est la plus éloignée des vaisseaux qui se traînent dans le fond des alvéoles et fournissent continuellement une sève nouvelle et liquide, qui, s'épaississant peu à peu, se change en glaire qui succède à la première qui s'est ossifiée.

La base de la dent étant formée, augmente en après d'épaisseur sans s'élargir ; parce que la nouvelle glaire qui s'ossifie à son tour ne fait que s'appliquer à sa surface interne, qui se prolongeant ensuite vers le fond des alvéoles, forme insensiblement les différents côtés du corps de la dent. Or, comme les parties de la glaire nouvelle qui s'ossifient ne peuvent se placer entre celles qui font la surface de la base et du corps de la dent dont tout le contour se forme d'abord, de là vient qu'il acquiert tout d'un coup, et avant que de percer la gencive le même diamètre qu'il conserve après sa sortie. Le contraire arrive au reste des os ; car leur volume augmente toujours peu à peu depuis leur première formation jusqu'à la naissance du fœtus, et depuis sa naissance jusqu'à un âge fort avancé ; mais parce que l'application des parties de la glaire au corps de la dent ne se fait que dans sa surface interne, de là vient aussi que les cavités des dents se rétrécissent à mesure qu'elles se perfectionnent, au contraire les ventres et les sinus des os s'élargissent à mesure qu'augmente leur volume. Enfin, comme l'application de la glaire aux dents qui se forment est successive, leur corps paraît être fait de plusieurs couches osseuses enchâssées les unes dans les autres, comme les étuis des cornes des bœufs et des moutons qui se reçoivent mutuellement. Mais il y a cette différence entre leurs cavités. Des cornes, le dernier étui qui se forme est toujours le plus large ; au contraire des dents, la dernière couche est toujours la plus étroite ; et c'est par cette raison que le corps de la dent se termine toujours à la fin en pointe, qu'on appelle la racine, ce qui n'arrive jamais aux étuis des cornes parce que la base qui en fait l'embouchure, étant remplie de la partie la plus large des apophyses de l'os coronal, ne peut se rétrécir.

Les dents étant ainsi formées de plusieurs couches osseuses posées successivement les unes sous les autres, il est visible que des premières se fait leur base, des secondes leur corps, et des troisièmes leurs racines, et que de celles-ci la dernière de toutes doit enfin fermer leur cavité. C'est ce qui se voit aux dents qui tombent aux enfants et aux vieillards ; d'où il s'ensuit que la formation des dents est encore fort

différente de celle des autres os, dont le corps se forme d'abord, et ensuite les extrémités.

Toute la longueur que les dents acquièrent par succession de temps ne pouvant pas être renfermée dans les alvéoles, parce que leurs cavités ne sont pas assez profondes, il est aisé de juger que leur fond ayant plus de résistance que le reste, la racine des dents doit en s'allongeant pousser peu à peu leur base du côté opposé, et le forcer de même que la gencive à s'ouvrir pour donner passage au corps de la dent : ce qui cause souvent aux enfants des douleurs mortelles. Mais, parce que les alvéoles sont plus profondes devant qu'après la sortie des dents, il y a lieu de croire que les dents percent encore la gencive parce qu'elles sont aussi chassées peu à peu par les alvéoles qui se rétrécissent insensiblement et dont la profondeur diminue.

Les dents ne se formant que peu à peu et le creux qui se fait en dedans ne se fermant que lorsqu'elles parviennent à leur dernière perfection, il s'ensuit que leur cavité n'acquiert aussi que successivement toute sa figure. En effet, on remarque que ce qui fait bosse au dehors de la base, qui paraît la première, ne fait d'abord qu'un creux au dedans, et le cave une éminence, que le corps de la dent qui ne se forme qu'après sa base, fait ensuite avec elle une large et profonde cavité fermée premièrement par la membrane de la glaire horizontalement placée et unie à la circonférence de son embouchure, et après cela bouchée en partie dans les dents molaires par une lame osseuse qui en s'élargissant s'approche insensiblemeut vers les bords de cette cavité, lesquels au contraire se rétrécissent pour aller à sa rencontre. Et comme les racines des dents se terminent en pointe, il arrive enfin que le fond de leur cavité se rend d'autant plus étroit que leurs racines deviennent plus menues par leur extrémité.

Le creux des dents répondant ainsi à leur solidité, il est évident que la glaire qui remplit leurs cavités doit s'y mouler et représenter par conséquent par sa surface la figure extérieure des dents, et c'est ce qui se remarque, mais seulement pendant le temps que leurs racines demeurent ouvertes ; car, quand elles viennent, à se fermer, alors cette glaire, ne pouvant plus être renouvelée par la sève qui coule des vaisseaux, s'ossifie entièrement ; et parce que dans ce changement elle diminue beaucoup de volume, le creux des dents reste vide, sans être même revêtu de la membrane qui enveloppait la glaire dont les dents se sont formées, parce qu'elles sont produites de la glaire renfermée dans cette membrane, qui par cette raison recouvre seulement le dehors des dents jusqu'à ce que leur corps entrouve l'alvéole et perce la gencive.

Des six dents dont on voit le germe dans chacun des os des mâchoires du fœtus naissant, les deux incisives percent les premières la gencive, ensuite la molaire voisine de la canine, après cela la canine ; et des deux autres molaires qui paraissent sur la fin aux enfants, la plus relevée dans le fond de la bouche se fait jour la dernière.

Ces six dents tombent aux enfants et il en renaît d'autres à leur

place qui sont plus grosses. Voici la cause de la chute des premières et celle de la génération des secondes.

La racine des premières dents coupe en se fermant les vaisseaux qui leur portent la nourriture, de sorte que la sève dont ils sont remplis ne pouvant plus les pénétrer, se répand dans les porosités des os des mâchoires ; alors la partie de cette sève propre à les nourrir se change en leur substance, ce qui fait que les alvéoles se remplissent et chassent en se rétrécissant les premières dents, pendant que l'autre partie de cette sève propre à la génération des dents se forme, des porosités des os des mâchoires qui la reçoivent, de nouvelles alvéoles que cette sève élargit en s'y accumulant ; après quoi elle s'épaissit et se change en une glaire dont les secondes dents sont enfin produites par degrés comme les premières ; on observe même que les dernières s'engendrent quelquefois avant que les premières aient leurs racines fermées, ce que cause apparemment une sève trop abondante, qui, pour ne pouvoir être toute renfermée dans la cavité des dents, s'épanche dans les porosités des os des mâchoires.

Comme les dernières dents se forment sous la racine des autres, il y aurait lieu de s'imaginer qu'elles pouvaient servir comme d'un coin propre à pousser les premières hors de leur place ; mais si elles sont par cette raison une occasion de leur chute, il paraît néanmoins qu'elles n'en sont pas la principale cause, puisqu'aux vieillards les dents ne tombent que parce que les alvéoles se détruisent par la seule cause que je viens de rapporter.

Après avoir expliqué la génération des secondes dents qui viennent aux enfants, il n'est pas difficile de comprendre pourquoi, quand elles tombent aux vieillards, elles ne renaissent plus. Car, pour peu qu'on fasse de réflexion que la sève dont elles sont produites n'abonde que dans les enfants, et qu'elle s'épuise à mesure qu'ils deviennent hommes parfaits, on concevra aisément que cette sève, étant entièrement consumée dans les vieillards, il est absolument impossible que les dents se renouvellent dans un âge fort avancé. C'est apparemment par cette même raison que les dernières molaires qui viennent aux jeunes gens ne se renouvellent pas comme les premières qui paraissent aux enfants, quand elles viennent à tomber.

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois.

Traité pratique de micrographie appliquée à la Botanique, à la Zoologie, à l'Hygiène et aux recherches cliniques, par R. Gerard, docteur ès sciences, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. Ex-chef des travaux de micrographie à la même Ecole.

Le microscope est devenu l'auxiliaire indispensable, non seulement du savant mais encore du praticien.

Il ne suffit pas de regarder dans l'oculaire, pour voir avec le microscope, un apprentissage de l'œil et de la main sont nécessaires pour y arriver. Cette technique spéciale ne peut s'apprendre que sous la direction d'un guide ayant la préoccupation enseignante, comprenant les difficultés d'assimilation de l'élève, au moins au début.

Ceux qui ont profité des leçons de M. Gérard connaissent ses qualités pédagogiques, combien il est apte à faire de la science et à la présenter.

Le traité pratique de micrographie est destiné principalement à l'étudiant en pharmacie et à l'étudiant en médecine; nombre de chapitres ne nous intéressent qu'accessoirement la science de prédilection de l'auteur, la botanique, y ayant la plus grande place. Malgré cela, il sera consulté avec profit par quiconque veut se familiariser avec les études micrographiques.

Certes, il serait désirable que les dentistes aient un manuel de microscopie à leur usage. Ils n'avaient eu jusqu'ici que le cours oral que le Dr Gérard avait bien voulu créer à l'Ecole dentaire de Paris. Il est fâcheux que ses excellentes leçons n'aient pu être publiées. On en trouvera pourtant la substance dans le traité de micrographie.

L'extrait suivant en donnera une idée :

L'émail des dents jeunes est recouvert d'une membrane transparente, un peu granuleuse, résistante, inattaquable aux acides. C'est la cuticule de l'émail. Elle disparaît assez vite par le frottement. Pour la voir, il faut préparer des coupes minces de dents, dont l'éruption s'est faite depuis peu. en prenant soin de respecter les bords de l'émail. La coupe étant montée dans de l'eau additionnée d'un tiers d'acide chlorydrique, sera attaquée par celui-ci et le gaz qui se dégagera faisant pression sur la cuticule la séparera de l'émail et la mettra ainsi en évidence.

Pour étudier en place les éléments de la dent, on choisira de préférence les canines ou les prémolaires et l'on en fera des coupes longitudinales médianes et des coupes transversales; quelques-unes de cellesci passeront par la couronne, d'autres par la racine.

On peut décalcifier les dents au moyen du liquide de Kleienberg ce qui permet d'obtenir des coupes avec le rasoir, mais cette façon de procéder ne convient bien que pour l'étude des tissus mous de la dent récemment enlevée de leur alvéole et avec des précautions particulières pour ne point altérer par la traction les relations des éléments. Les tissus durs (émail, ivoire, cément), doivent être vus sur des coupes non décalcifiées par une méthode analogue à celle que nous avons indiquée à propos de l'étude du tissu osseux. Les coupes longitudinales devront passer par le plan médian de la dent perpendiculaire à la face linguale. Ayant encastré convenablement la dent entre deux lames de liège, on la fixera dans les mors d'un étau et, au moyen de la lime, on en fera tomber un peu plus du tiers. On retournera alors la dent et l'on traitera de même la face opposée à celle qui a été attaquée. On obtiendra ainsi une lamelle que l'on traitera absolument comme les lamelles osseuses préparées à la scie. Ce procédé est plus expéditif que tous ceux qui ont été recommandés, car la petite

scie fait difficilement prise sur l'émail et l'altère souvent par de fausses morsures. Il faudra tenir compte, en amincissant les coupes, de ce que la couronne revêtue d'émail résiste plus que la racine. Les coupes devront être montées à sec, ou plongées dans du beaume liquéfié et recouvertes aussitôt après de la lamelle, afin de maintenir l'air dans les canicules de la dentine et du ciment.

Les parties traitant de l'instrument, de l'outillage, les généralités sur la cellule, sur l'histologie des tissus, sur la bactériologie, sont non moins intéressantes pour nous.

Ce n'est pas sans quelque dépit que nous constations dans les publications scientifiques éditées à l'étranger, un luxe d'exécution matérielle, une abondance dans la reproduction graphique dont nos éditeurs ne font pas aisément les frais. Nous avons constaté avec un vif plaisir que ce reproche ne pourra être adressé au Traité pratique de micrographie; le nombre des figures dans le texte, les belles planches qui terminent l'ouvrage en font un spécimen du genre digne de la valeur du travail et de la situation grandissante de son auteur.

EXTIRPATION DE LA PULPE A L'AIDE D'UNE TIGE DE BOIS.

Voulez-vous me permettre de communiquer à mes confrères de France un moyen d'extirper la pulpe sur les dents découronnées sans provoquer de douleur, ce qui, selon moi, intéresse tous praticiens anxieux d'éviter autant que possible toutes souffrances à ses malades? L'opération est très simple ne demandant qu'un peu de pratique et m'a semblé digne d'être publiée.

Pour les incisives canines et même les prémolaires.

Lorsqu'après avoir examiné la dent malade il est décidé qu'il est nécessaire d'exciser la couronne et que l'on a la certitude que la pulpe y est vivante, il faut, avant de commencer l'opération, limer en pointe deux baguettes d'oranger, assez minces pour passer dans le canal dentaire, l'une avec une encoche à environ 2 ou 3 millimètres de l'apex.

Les deux baguettes ainsi préparées et sous la main, ainsi qu'un maillet dentaire, l'on procède à la résection comme à l'ordinaire. Aussitôt la couronne partie il faut avoir soin de placer *immédiatement* un doigt de la main gauche sur la pulpe, exposée de manière à éviter tout contact de l'air; à ce moment l'on prend la première baguette (sans encoche), et plaçant la pointe sur la pulpe on la force avec le maillet en un ou deux coups secs dans le canal; cette opération est sans douleurs et la pulpe meurtrie s'enfonce jusqu'à l'apex du canal, ou glisse en dehors de la baguette qui a pris sa place; si la pulpe s'est trouvé forcée au fond du canal il est facile de l'en tirer avec un tire-nerf ce qui fait et après avoir bien nettoyé le canal, on prend la deuxième baguette (avec encoche) dont on trempe la pointe dans l'acide phénique, on la

force à son tour dans le canal, puis lorsqu'elle est arrivée à destination, l'on donne un demi-tour à droite et à gauche qui sépare la pointe juste à l'encoche qui reste dans le canal. De cette façon l'on peut laisser partir le malade jusqu'à ce que la pièce de prothèse soit terminée, sans craindre aucune complication pathologique, la pointe d'oranger phéniquée servant d'obturation permanente.

Il est bon, avant d'enfoncer la seconde baguette, de mesurer la profondeur du canal avec un instrument et de la marquer sur la baguette par un trait de crayon ; de cette façon on évite la possibilité de l'enfoncer trop loin.

J'opère depuis plusieurs mois d'après cette méthode, et toujours avec de bons résultats ; sans douleurs ni suites regrettables.

Si cette méthode est privilégiée de votre approbation et trouve une place dans votre utile et intéressante revue *l'Odontologie*, je serais heureux d'avoir été imité pas nos confrères et d'avoir évité bien des souffrances à leurs malades.

Veuillez agréer, etc.

A. Boursin

Tralee Irelande.

REVUE DES JOURNAUX

Nous apprenons avec plaisir la fondation d'un nouveau journal de médecine et de chirurgie, le *Bulletin Médical*, sous la direction du distingué professeur d'anatomie topographique à l'Ecole Dentaire de Paris, le docteur Prengrueber. Le premier numéro que nous avons sous les yeux est riche de documents sur les travaux publiés à l'étranger. Ces travaux sont résumés avec concision en montrant l'essentiel et le nouveau.

Les travaux de Heath montrent que la fréquentation des dentistes n'est pas sans profit pour le chirurgien, la réciproque est non moins évidente.

Ceux de nos lecteurs qui veulent se tenir au courant du mouvement international dans la science de l'art de guérir, qui pensent que si dans la pratique nous n'avons pas à sortir de notre domaine, il y a avantage pour l'éclairer, à ne pas ignorer ce qui se fait en dehors et à côté d'eux en quelque sorte, consulteront avec profit le *Bulletin Médical*.

Nous nous promettons du reste de lui faire de nombreux emprunts.

Nous commencerons aujourd'hui par un extrait intéressant d'une leçon du professeur Potain sur les phénomènes réflexes d'origine gastrique qui nous fait connaître une cause ignorée d'odontalgie.

Vous avez pu voir ce matin, au n° 12, une femme dont la physionomie

calme et reposée est celle d'une personne en bonne santé. Il en était tout autrement il y a trois jours. Elle était alors dans un état d'agitation violente. Sa face rouge, vultueuse, son oppression, son angoisse, donnaient l'impression d'un état particulièrement grave.

Or, une pareille transformation dans l'état de santé de cette femme a été provoquée par une simple modification du régime alimentaire. Au régime assez modéré cependant, qu'elle avait suivi jusque-là, nous avons substitué le régime lacté exclusif. C'est qu'en effet tous les accidents observés étaient secondaires. Il s'agissait de troubles reflexes provoqués par l'irritation de la muqueuse gastrique et il nous a suffi de faire disparaître cette irritation pour guérir la malade.

Ce sont ces considérations qui m'ont engagé à vous décrire aujourd'hui ces actes reflexes d'origine gastrique et comme notre malade est un type du genre, je commencerai par vous faire connaître son histoire.

C'est une femme de trente-sept ans, très nerveuse, qui s'était toujours bien portée lorsqu'elle fut prise, il y a cinq ou six ans, de troubles gastriques, anorexie, digestions longues et pénibles, douleurs au creux épigastrique, régurgitations abondantes, sans vomissements. Le début de ces accidents paraît avoir coïncidé avec l'apparition de troubles utérins consécutifs à une grossesse, la sixième qu'a eue cette femme.

Les troubles gastriques, d'abord modérés, se sont accentués dans ces derniers temps. Alors sont survenus les accidents à distance pour lesquels la malade est venue nous trouver.

Leur mode d'apparition, toujours le même, est véritablement typique.

Ils se produisent quelques minutes après l'ingestion des aliments, disparaissent lorsque la digestion est achevée, et tout rentre dans l'ordre le plus complet pendant tout le temps que la malade est à jeun.

Désireux de constater par nous-même ce qu'étaient ces accidents, nous avons engagé la malade à manger peu de temps avant la visite et vous avez pu voir cette femme avec la face rouge, vultueuse, tenant difficilement en place, souffrant de céphalalgie et de névralgies atroces du côté de son système dentaire, d'ailleurs en très mauvais état.

Chez un assez grand nombre de malades, on observe surtout des douleurs névralgiques. Tel est le cas de notre première malade. Vous avez vu qu'après chaque repas elle éprouve d'épouvantables douleurs de dents. Sans aucun doute sa dentition est très mauvaise, mais comme elle n'en souffre pas en temps normal il faut bien admettre qu'il s'agit là d'un reflexe douloureux provoqué par l'acte digestif. D'autres fois ce sont des névralgies intercostales que l'on observe. Aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'une pareille névralgie faut-il toujours songer à la possibilité d'un état gastrique.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. P. Dubois

CAPACITÉ D'ABSORPTION DE L'EAU DES PRINCIPALES MATIÈRES ABSORBANTES EMPLOYÉES EN ART DENTAIRE.

Coton (tissus), 1 gramme absorbe	2	centimètres cubes d'eau
— (ouate)	—	3	—
Toile (tissu)	—	4	—
— (charpie)	—	5	—
Papier Joseph	—	4	—
Fiber lint	—	5	—
Japonnais	—	5	—
Amadou	—	9	—
Eponge grossière	—	11	—
Eponge comprimée	—	19	—
Coton hydrophile	—	21	—
— à l'acide borique	—	23	—

Au point de vue pratique, on doit aussi tenir compte du volume, il est plus facile de placer 2, 3 grammes de papier fiber lint, qui est pressé, qu'un gramme d'ouate hydrophile, dont le volume est beaucoup plus considérable.

Quoi qu'il en soit, l'usage de la ouate ordinaire devrait être délaissé par les dentistes, la graisse qu'elle renferme empêche l'absorption de l'eau.

Le coton à l'acide borique joint à une grande capacité d'absorption une action antiseptique.

POTION CALMANTE. — YVON

Paraldéhyde................	de 1 à 4 grammes
Eau bouillie	70 —
Sirop simple......................	30 —
Teinture de vanille	20 gouttes

F, S. A. une potion à donner en une ou deux fois. pour provoquer le sommeil. Ou bien :

Paraldéhyde......................	10 grammes
Alcool à 90°......................	20 —
Eau bouillie	20 —

Faites dissoudre. — Cinq grammes de cette solution, c'est-à-dire une cuillerée à café, contiennent un gramme de substance active. On en prescrit de une à quatre cuillerées à café, dans une infusion aromatique de thé, de menthe ou de feuilles d'oranger.

(*Union Médicale*, N. G.)

SOLUTION POUR PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

Acide borique......................	100 grammes
Gomme du Sénégal lavée et séchée...	100 —
Glycérine	100 —

Eau distillée, q. s. pour obtenir trois litres.

F. S. A. — La gaze écrue, le coton ou l'étoupe, sont successivement lavés à l'eau tiède, à l'hyposulfite de soude (solution à 2° 5 beaumé), à l'acide chlorydrique (solution 1|20), et à grande eau, jusqu'à réaction neutre au tournesol, puis désséché à l'étude et plongé dans le mélange ci-dessus, qui est calculé pour un kilo, gramme. — Pour un pansement à l'acide salicylique, on remplace l'acide borique de la précédente solution par 50 grammes d'acide salicylique et 40 grammes de borate de soude. — N. G.

(*Union Médicale*).

SUR L'UTILITÉ DE L'ASSOCIATION DES SUBSTANCES ANTISEPTIQUES, par M. Lépine. — Certaines substances antiseptiques ne peuvent être appliquées à tous les tissus dans le degré de concentration qu'il est nécessaire d'obtenir pour l'antisepsie. Par exemple, le bichlorure de mercure à 1 pour 30000 ne peut être supporté par le parenchyme pulmonaire.

M. Lépine a cherché, en associant dans la même solution, plusieurs substances antiseptiques, chacune à dose *très faible*, à obtenir un liquide dans lequel les actions antiseptiques se seraient additionnées, sans que l'effet irritant subit une augmentation parallèle.

M. Lépine compose une solution avec :
Un cent millième de sublimé ;
Un millième d'acide salicylique ;
Un millième d'acide phénique ;
Un demi-millième d'acide benzoïque ;
Un demi-millième de chlorure de chaux ;
Un dix millième de brome ;
Deux millièmes de bromhydrate acide de quinine ;
Deux millièmes de chloroforme

Ce composé dans lequel se passent certaines réactions encore indéterminées, n'est nullement irritant et jouit des propriétés les plus antiseptiques, comme si chacun des corps était employé à forte dose.

Il y a déjà longtemps que la thérapeutique oculaire a souci de découvrir un antiseptique qui soit à la fois très efficace et nullement irritant. Ce qui a été trouvé, dans cet ordre d'idées, est la solution de Sattler composée de bichlorure de mercure à 0.02 0/0 et de biiodure de mercure à 0.01 0/0, et mieux encore la solution plus simple de M. Panas, faite de biiodure de mercure au vingt millième. La solubilité du sel est obtenue à cette dose par l'addition d'une *petite quantité d'alcool*. (*Revue de Médecine*, septembre 1886.)

Dr Valude.

(*Semaine Médicale*)

LES INCONVÉNIENTS DE LA COCAINE. — Le docteur Calhoum d'Atlanta est venu devant l'association médicale de

la Georgie, incriminer l'influcence de la cocaïne sur les résultats de l'opération de la cataracte.

Suivant l'auteur (*The Atlanta and Surgical Journal*, septembre 1886), l'emploi de la cocaïne se serait opposé dans un certain nombre de cas de sa propre pratique à la réunion convenable des lambeaux cornéens, aurait même déterminé ou la nécrose de ces lambeaux ou une iritis sévère avec épanchement abondant de lymphe dans l'espace pupillaire et la chambre antérieure.

Avant l'emploi de la cocaïne, la proportion des succès était de 95 à 97 pour 100. A partir du jour où il commença à se servir de l'instillation cocaïque jusqu'au jour où il se résolut à la délaisser, la proportion de ces malheureux se montra supérieure à ce qu'elle avait jamais été, même au début de sa carrière, malgré les précautions antiseptiques minutieuses. La solution de cocaïne était mélangée à 2 p. 100 d'acide borique, et une solution de bichlorure d'hydrargyre à 1/10000e était instillée avant, pendant et après l'opération sur le champ opératoire, et tous les instruments étaient plongés dans le même liquide avant de servir.

Les opérateurs du Moorefield s. Royal ophtalmie Hospital de Londres, auraient éprouvé les mêmes déboires et auraient observé les mêmes accidents de non réunion de la plaie, de nécrose des lambeaux, etc.

Il est vrai, que dans un très intéressant travail intitulé : « Thérapeuthie Effects of Cocaïne », lu au sein de la Société médicale et chirurgicale de Richmont, et dont nous donnerons ultérieurement l'analyse, l'auteur, le docteur Hoge, a déclaré au milieu des applaudissements et des marques d'approbation de son auditoire qu'il avait pratiqué, avec la cocaïne, plusieurs centaines d'opérations du ressort de sa spécialité, des affections de l'œil, du nez et de la gorge, et que malgré l'emploi libéral, peut-être même trop libéral de la cocaïne, il n'avait jamais observé aucun accident qui fût légitimement imputable à ce médicament.

Sur les yeux, l'auteur a exécuté des extractions de cataracte, des irédectomies, des ténotomies, des opérations minutieuses sur la capsule, des paracentèses de la cornée, des extractions de ptérigions, de tumeurs dermoïdes de la coinée, des extractions de corps étrangers de l'œil, des ablations de papillomes de la conjonctive, des excisions, des (ci-devant) cartilages tarses et toujours avec un résultat des plus satisfaisants.

Il est vrai que, pour l'énucléation de l'œil, le Dr Hoge préfère se servir du chloroforme ou de l'éther, et qu'il a trouvé la cocaïne inutile pour les opérations sur les voies la crymales ou dans la kératotomie pour des ulcères cornéens de Sœmisch, mais il n'a jamais vu la cocaïne nuire à l'opération de la cataracte, c'est-à-dire empêcher réunion de la plaie ou déterminer la nécrose des lambeaux. Pour sa part, il a opéré plus de 145 cas de cataracte, dont moitié avec la cocaïne sans avoir un seul insuccès. Il pense qu'ici les succès ou les revers sont attribuables au choix convenable des cas opérables, à la préparation du sujet, au mode

opératoire adopté, à la valeur des soins consécutifs, bien plutôt qu'à l'emploi ou l'abandon de la cocaïne. La seule chose nécessaire, c'est que la solution soit d'une extrême fraicheur. La solution de cocaïne doit être renouvelée pour chaque cas et mélangée à une solution de bichlorure a 1 5000e.

Quant à nous, qui sommes un simple écho des débats contradictoires engagés sur la question, nous soumettons la question au verdict autorisé de nos spécialistes, dont nous serons heureux de connaître l'opinion.

(*Union médicale* 11 novembre 1886.)

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES ANTISEPTIQUES. — Dans une excellente thèse d'agrégation soutenue à la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Brun, chirurgien des hôpitaux, étudie les accidents généraux et locaux dus aux antiseptiques. Les accidents généraux nous ne les observons pas, les plaies que nous traitons, les doses que nous employons étant trop réduites pour que des faits d'intoxication se produisent. Il n'en est pas de même de l'accident local et nous avons à connaître comment il se produit.

L'acide phénique, dit M. Brun : « cause des erythèmes plus ou « moins étendus, simples ou fébriles, s'accompagnant d'une éruption « vésiculeuse ou d'une poussée ecxémateuse ». Si on se rend compte que le doeage de l'acide phénique dans les solutions antiseptiques est très faible, qu'il est appliqué à l'extérieur et si on a pour ces doses des accidents, on s'explique très bien les accidents locaux que l'acide phénique à 2 pour cent peut causer lorsqu'il est associé à la cocaïne et injecté sous la gencive.

ETUDE EXPERIMENTALE ET CLINIQUE SUR LE CHLORURE DE CAMPHRE, PAR M. PERRENOT, THÈSE DE LYON, 1886. — Le chlorure de camphre s'obtient par le passage d'un courant de chlore dans une solution alcoolique de camphre et ne possède que les médiocres propriétés toxiques. Toutefois M. Perrenot provoquait chez les animaux des phénomènes analogues au strychnisme par l'administration stomacale de cette substance.

C'est surtout à titre d'antiseptique que cet observateur le recommande. Il aurait l'avantage d'être peu irritant, de s'absorber lentement et d'empêcher la suppuration. Il diminue la fermentation alcoolique; mais comme l'iodoforme, il est impuissant contre la torula urina. Il atténue le développement du microbe de l'ostéomyélite, du virus du charbon et de celui du rouget du porc.

M. Perronnet en a observé de bons effets dans le pansement des affections tuberculeuses, des abcès osseux ou ganglionnaires et des plaies atoniques. Il agit autrement que le camphre, car il ne produit pas d'érythème et ne possède pas l'odeur désagréable de l'iodoforme. Ces avantages suffiront-ils pour assurer la fortune de ce nouvel agent antiseptique ? Des recherches ultérieures seraient nécessaires pour le prouver. — C. L. D.

(*L'Union médicale*, 24 février 1887).

DE L'ACTION DE LA COCAINE SUR LA PRESSION ARTERIELLE, PAR SKINNER. — Dans ses recherches, l'auteur a étudié les modifications de la pression artérielle par les injections sous-cuta-

nées de cocaïne associée avec l'atropine, la caféine ou la morphine, sur le chien et sur le lapin. Il a constaté qu'après les injections sous-cutanées de cocaïne le maximum d'élévation de pression artérielle se produit plus lentement qu'après l'administration de ce corps par la voie extra-veineuse. Par son association au chlorydrate d'atropine, la cocaïne augmente les battements cardiaques et la pression artérielle, mais perd ses propriétés convulsivantes.

Le même mélange suspend complètement la sécrétion salivaire; or la cocaïne seule, d'après les travaux de M. Vulpian, possède des propriétés sialagogues. L'atropine a donc suspendu cette action.

Enfin un mélange de cocaïne et de caféine augmente la tension artérielle et le nombre des battements du cœur, effets tout différents de ceux que produit la caféine quand on l'administre isolément aux animaux.

(*L'Union médicale*, 5 octobre 1886).

COCAINE DANS LA STOMATITE MERCURIELLE

Le Dr Bockhart recommande de toucher les gencives dans la stomatite mercurielle avec une solution de cocaïne à 5 o|o, quand la salivation est modérée; avec la solution à 10 o|o quand elle est plus forte et avec la solution à 20 o|o si elle est considérable.

Dans les formes légères les gencives sont touchées au pinceau deux fois par jour, dix minutes avant le repas. C'est le malade lui-même qni doit se traiter. Cette solution détermine quand on l'emploie une sensation momentanée de brûlure, et une augmentation temporaire dans la salivation. Le pinceau doit être désinfecté avec l'acide phénique, car dans le cas contraire, les bactéries qu'il enlève décomposeraient la solution de cocaïne.

Cette médication procure, paraît-il, un grand soulagement au malade.

(*Les nouveaux remèdes*).

DE L'ANESTHESIE AU MOYEN DE L'ETHER CHAUFFÉ, PAR W. HOBB. — En plongeant dans un bain-marie le récipient d'un inhalateur spécial, cet observateur a pu administrer l'éther à une température plus élevée que celle du millieu extérieur et en mélange avec l'air atmosphérique. Dans ces conditions, l'anesthésie se produit plus rapidement d'après M. Taylor, qui a employé cette méthode dans une vingtaine de cas, la cessation des phénomènes anesthésiques serait aussi plus rapide et les malades en éprouveraient moins d'inconvénients. (*The Cincinnati Lancet-Clinic*, 18 mai 1886).

MISCELLANEA

L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE ET LA LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — M. Farabeuf croit devoir appeler l'attention de ses collègues sur l'articulation temporo-maxillaire envisagée au double point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Il fait d'abord observer que l'apophyse coronoïde occupe un siège variable suivant les individus; tantôt elle

est très basse au niveau du point sous-malaire ; tantôt très haute, à 30 millimètres au dessus de ce point.

Dans ce dernier cas, la luxation paraît impossible. En second lieu, la distance qui sépare la branche montant du maxillaire inférieur du point sous-malaire varie de 5 à 20 millimètres, Quand elle est de 20 millimètres, la luxation par contact osseux est également impossible.

Passant ensuite en revue les ligaments et les muscles de cette articulation, M. Farabeuf entre dans diverses considérations à l'aide desquelles il cherche à expliquer les causes de la luxation et de sa fixité. Il conclut en admettant trois variétés de luxation ou trois conditions de permanence de cette luxation.

1° Accrochement sous-malaire (il n'est pas souvent possible) :

2° Contact rétro-malaire ;

3° Point de contact osseux en raison de la conformation anatomique, et alors tension des ligaments spéno et stylo-maxillaires.

Il résulte de ces considérations que pour réduire la luxation, il faut exagérer la béance de la bouche avant d'exercer la propulsion.

M. Poncet fait remarquer que le rôle des ligaments indiqué par M. Farabeuf a été l'objet d'une description particulièrement bien faite de la part de M. le professeur Mathieu, son collègue au Val-de-Grâce. La disposition des ligaments, le rôle double du ménisque articulaire n'ont pas échappé à la sagacité de cet observateur. Il a montré que la permanence des luxations sous-méniscoïdes tenait à l'interposition du fibro-cartilage, et il admet là quelque

(*Société de chirurgie*).

ABCÈS ET ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'ÉVOLUTION DE LA DENT DE SAGESSE. — M. Weis (de Nancy) lit l'observation d'un malade qui présenta un abècs sublingual dû à l'évolution de la dent de la sagesse. Il fallut faire la trachéotomie en raison du gonflement du cou et de la gêne respiratoire et ouvrir ensuite le petit abcès sublingual au thermocautère (voie sus-hoïdienne médiane) quand tout danger eut disparu. Il y avait en même temps un abcès situé en dedans de la branche montante du maxillaire inférieur, abcès qui s'ouvrit spontanément dans la cavité buccale. Aucune communication entre ce dernier abcès et l'abcès sublingual, qui était très petit, commme une noisette. M. Weis retrace l'histoire de ces abcès sublinguaux et insiste sur le gonflement énorme de la région sus-hoïdienne et de la langue, dans ces cas, malgré le faible volume de la collection purulente. Les accidents d'asphyxie n'étaient pas dus à l'oedème de la glotte, mais à l'obstruction mécanique de cet orifice par la langue devenue énorme. Le malade a guéri.

(*Société de chirurgie*).

(*Progrès médical, 29 janvier 1887.*)

UNE DENT DANS L'ORBITE. — A la réunion annuelle de l'Association médicale britannique (branche du sud), M. W. Cousins exhiba une incisive extraite de l'orbite d'un enfant ; la dent était entièrement fermée et avait tous les signes d'une dent normalement constituée, elle n'était pas enkystée.

(*Dental Record*).

ACTION DE LA SALIVE SUR L'AMIDON. — *M. Bourquelot* insiste sur quelques points relatifs à l'action de la salive sur la graine d'amidon. A la température où l'eau commence à transformer la fécule en amidon hydraté saccharifiable par la salive, à la température ordinaire, l'eau additionnée de salive exerce une action supérieure à l'action exercée par l'eau et la salive employées successivement. Cette supériorité se continue en diminuant de valeur jusque vers 58°. Les actions sont alors à peu près égales dans les deux cas : l'avantage est ensuite à l'essai décomposé.

(*Académie des Sciences*, séance du 3 janvier 1887).

DE LA NECESSITÉ DE L'EXAMEN DE LA BOUCHE AVANT L'ANESTHESIE. — Il est un examen que le chirurgien ne doit pas négliger avant de pratiquer l'anesthésie, c'est l'examen de la cavité buccale chez certains sujets; il peut avoir sinon plus, tout au moins autant d'importance que celui du cœur ou du poumon. Le chirurgien pourra trouver dans la bouche tantôt un appareil prothétique destiné à remédier aux déformations et à la gêne qui résultent d'une résection partielle ou totale d'un des maxillaires, tantôt un dentier ayant pour but de suppléer à une dentition défectueuse, d'autres fois une plaque de métal ou de gutta-percha masquant une perforation de la voûte palatine. De tous ces appareils les dentiers sont certainement les plus nombreux. Le patient qui doit être soumis à l'anesthésie ne se doute nullement des inconvénients d'un corps étranger dans la bouche et déjà, pour cette raison, il se gardera bien d'avertir le chirurgien.

Lorsque ces appareils atteignent un certain volume (dentier complet) ils ne sauraient causer d'accidents bien sérieux : tout se borne, sous l'influence des mouvements désordonnés des mâchoires et des contractions des muscles masticateurs, à un déplacement en masse et l'on s'aperçoit vite de ce qui se passe. Mais un appareil de plus petite dimension, un dentier incomplet par exemple, — comme c'est le cas le plus fréquent, — peut être déplacé dans le cours de l'anesthésie par la toux, les efforts de vomissements, l'agitation et les cris du patient et déterminer, par ses contours irréguliers et tranchants des plaies de la langue, des gencives, de la face interne des joues ou du palais. En outre, grâce à la déclivité de la tête, aux inspirations profonde que le sujet exécute d'après les sollicitations de l'aide chargé de l'anesthésie, l'appareil peut tomber sur l'arrière-gorge et produire le reflexe du vomissement.

Ces accidents ne sont pas graves. Mais que le volume du corps étranger lui permette de pénétrer dans les voies aériennes, nul doute qu'il ne détermine des symptômes inquiétants d'asphyxie et même l'asphyxie immédiate.

Ce même corps étranger peut encore être entraîné par un mouvement de déglutition et se fixer dans l'œsophage. Dans un cas de ce genre Billroth fut obligé de pratiquer l'œsophagotomie.

Il peut arriver que l'appareil, après avoir traversé l'œsophage, tombe dans l'estomac pour être expulsé plus tard avec les résidus de la digestion; c'est la marche généralement suivie par les dentiers qui se composent d'un petit nombre de dents.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement et le séjour d'un dentier dans l'estomac peut amener des troubles gastriques assez graves pour nécessiter la gastrotomie.

C'est dans le but d'éviter ces accidents qu'il convient de faire précéder l'anesthésie générale de l'examen de la bouche. Le chirurgien ne se contentera pas d'un simple interrogatoire qui pourra n'avoir aucun effet; il devra s'assurer *de visu* de l'état de la bouche.

(*Pratique médicale*, 1er mars 1887).

TUBERCULOSE DU PALAIS. — *M. Lennox Browne* montre une jeune femme de vingt ans, mariée et mère de trois enfants, atteinte de tuberculose du voile du palais et du pharynx, s'étendant à la paroi postérieure du larynx et à l'aryténoïde droit. Les bascilles tuberculeux étaient nombreux à la surface des ulcérations. La tuberculose pulmonaire était très peu accentuée. La dysphagie absolue. La surface ulcérée, après anesthésie par la cocaïne, fut grattée et touchée quotidiennement, pendant vingt-un jours, avec une solution d'acide lactique a 20, 40, 60 0/0, d'après la méthode de Krause de Berlin.

A la fin du traitement survint une inflammation aiguë, après laquelle la dysphagie avait complètement disparu.

Soc. Méd. de Londres (*Bulletin médical*).

INFLUENCE DES VAPEURS ANESTHÉSIQUES SUR LES TISSUS VIVANTS. — *M. Raphaël Dubois.* — Sous ce titre : « Action des vapeurs de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée, » j'ai publié une série de notes dans les comptes rendus de la Société de biologie.

Mes recherches ont porté principalement sur l'action exercée par les *vapeurs* de chloroforme, d'éther, de sulfure de carbone, d'alcool sur le protoplasma des tissus végétaux et animaux. J'ai montré, par des exemples nombreux et variés, que les vapeurs de ces liquides ont la propriété de pénétrer dans l'intimité des tissus et de se substituer, sans changer la forme colloïdale des protoplasma, à l'eau qu'ils renferment normalement.

Il ne s'agit pas ici d'un phénomène de dessication, de dessèchement comparable à ce que l'on connaît. Ce n'est pas non plus un phénomène d'osmose s'exerçant entre des liquides de nature différente entre lesquels est interposée une membrane. Il y a une véritable affinité mise en jeu : les protoplasma absorbent les vapeurs des liquides anesthésiques et rejettent une certaine quantité d'eau à l'état liquide. Ainsi se trouve expliquée l'action antiseptique des vapeurs anesthésiques, car les spores et tous les organismes ont besoin d'absorber de l'eau pour se développer. De petites proportions de ces vapeurs suffisent pour éliminer une proportion d'eau relativement considérable. Enfin, il est à noter que l'action de ces vapeurs est d'autant plus rapide et puissante que la vapeur du liquide considéré est plus anesthésique.

(*Académie des sciences.*)

DES MOYENS A METTRE EN ŒUVRE CONTRE LA SYNCOPE. — *E. Brown-Séquard.* — Dans les cas de syncope cardiaque ou respiratoire, il faut immédiatement élever les membres inférieurs du sujet, en maintenant la tête aussi basse que possible. Le meilleur procédé pour amener le rétablissement des mouvements du cœur consiste à exciter mécaniquement cet organe. Si ce sont les mouvements respiratoires qui sont suspendus,

on devra galvaniser, avec un courant extrêmement fort, les parties latérales de la trachée. Il suffit quelquefois de sectionner légèrement la peau en avant du larynx pour produire le même résultat.

PATHOLOGIE COMPARÉE. — *M. Magitot* présente un travail sur une maladie de certains reptiles connue sous le nom de *mal de gueule*, travail dont voici les conclusions :

1° Il existe chez les reptiles et plus communément chez les ophidiens une affection, non décrite jusqu'à présent, et qui occupe la gueule et les régions voisines, s'accompagnant de phénomènes généraux et de certains symptômes cutanés. Cette affection, grave, le plus souvent mortelle, paraît être tout à fait comparable au *scorbut*.

2° Les lésions anatomiques, observées chez les sujets malades ou à l'autopsie, sont celles du scorbut, c'est-à-dire inflammation de la muqueuse buccale, hémorrhagies, ulcérations, chute des crochets, plaques cutanées d'apparence hémorrhagique, inflammation des ganglions lymphatiques de la tête et du cou, etc.

3° Les causes et le mécanisme de production de la maladie sont analogues à ceux qui amènent le scorbut, c'est-à-dire l'encombrement, l'humidité, le refroidissement et, en général, toutes les mauvaises conditions hygiéniques.

4° L'étude microscopique du mucus buccal, chez les sujets malades, a conduit à la découverte d'un nombre considérable de *bacilles*, que M. Pasteur n'hésite pas à regarder comme les agents morbides.

5° La maladie est susceptible de guérison soit spontanée, soit provoquée, par la suppression des conditions susdites de son développement, c'est-à-dire par l'installation des sujets atteints dans un milieu convenablement chauffé, privé d'humidité et pourvu de toutes les conditions de propreté.

6° Les applications astringentes locales, teintures végétales, la teinture d'iode, l'acide chromique faible, paraissent modifier sensiblement l'état de la muqueuse buccale, chez les sujets dont la maladie n'est pas trop avancée.

Toutefois, l'issue la plus ordinaire est la mort.

(Acad. des scien. 8 nov. 86)

DE LA FENTE OBLIQUE DE LA FACE. — *M. Moriau* lit un travail sur la fente oblique de la face, qu'il est difficile de différencier du bec-de-lièvre. L'orateur dans un aperçu historique cite La Roche qui, en 1803, sépara la fente de la joue de la fente oblique de la face, et passe à l'examen des idées de Kœlliker et d'Albrecht relatives à ces anomalies. Ces deux savants défendent des idées contraires aux siennes. Kœliker regarde la fente oblique de la face comme une continuation du bec-de-lièvre, tandis qu'Albrecht soutient que le bec-de-lièvre n'a rien à faire avec la fente oblique, parce qu'elle passe entre le maxillaire intermédiaire ex-

terne et le maxillaire supérieur, tandis que la fente du bec-de-lièvre passe toujours entre deux os inter-maxillaires (1).

L'orateur dit que chacun de ces auteurs a raison, mais partiellement, car d'après lui il faut distinguer trois groupes de ces anomalies.

On ne peut admettre, dit M. Morian, l'existence de quatre os inter-maxillaires que dans les cas pathologiques (Autenriedt Leukardt). La position des dents incisives n'a pas l'importance qu'on lui attribue. D'après une pièce anatomique du musée de Berlin (Voir la dernière des communications indiquées dans la note), des dents incisives peuvent aussi se rencontrer en dehors des os inter-maxillaires. Les causes de ces anomalies doivent être expliquées ou bien par les élargissements de la base du crâne, ou bien par des adhérences amniotiques qui entravent mécaniquement la croissance normale, de la 2e à la 7e semaine de la vie embryonnaire.

Du reste, sur 31 observations d'individus atteints de cette affection que j'ai pu réunir, il n'y a eu que 8 sujets qui ont survécu quelque temps ; 23 moururent en naissant ou peu de temps après.

DE LA CHUTE DES DENTS CHEZ LES ATAXIQUES. — *M. Hale Withe* a rapporté, dans la dernière séance de la Société de Pathologie, le cas d'un homme de quarante ans, atteint d'ataxie locomotrice depuis huit ans et chez lequelle une dent de sagesse s'est détachée de l'alvéole il y a deux ans sans aucune douleur ; la dent elle-même était tout à fait normale en apparence, les autres dents présentent des traces évidentes d'usure, mais à part cela, elles sont saines. Ces cas analogues ont été cités par Richardière, Hoffman et Lewis.

M. Semon fait observer qu'on rencontre, chez les ataxiques, deux formes de lésions dentaires. La première est celle dont M. Hale White a cité un exemple : une ou plusieurs dents, tout à fait saines en apparence, se détachent de l'alvéole spontanément et sans douleur. Dans la seconde forme, un fragment plus ou moins considérable de l'arcade dentaire s'élimine sans douleur, avec la ou les dents qu'il porte. Chez un malade atteint de cette seconde forme, il existait en même temps des crises laryngées, fait intéressant et qui viendrait à l'appui de l'opinion du docteur Buzzard, d'après laquelle le centre trophique des os serait voisin du noyau du pneumogastrique.

M. F. G. Bennett rappelle qu'il existe une affection dentaire, bien connue des dentistes, qui pourrait exposer à une interprétation erronée des symptômes. C'est la *pyorrhée alvéolaire* ; elle consiste dans une légère sécrétion séreuse qui se fait entre la dent et la gencive et qui est suivie, au bout d'un temps plus ou moins long, d'exfoliation de petits fragments de l'alvéole ; la dent finit par tomber sans aucune douleur. Cette affection est surtout fré-

quente chez les goutteux, et peut atteindre toutes les dents d'une ou des deux mâchoires.

MM. Pittet Ormerod ont observé des cas de chute spontanée des dents chez les ataxiques.

(Semaine médicale.)

CORRESPONDANCE

Carcassonne, 10 mars 1887.

Monsieur et honoré confrère,

Quoique ne faisant pas partie de l'Association générale des dentistes de France, je n'en suis pas moins avec intérêt les questions posées et débattues par elle dans ses séances. Aussi est-ce avec plaisir que j'ai lu la proposition faite par M. Godon, et adoptée par le conseil, sur les groupes régionaux. Seulement il me semble que pour faciliter la formation de ces groupes il serait bon d'étendre la condition d'admission à tous les dentistes faisant partie ou non de l'Association. Pourvu toutefois qu'ils soient dignes de pouvoir être admis en société honorable.

Ces associations régionales feraient plus de bien en province pour le relèvement moral de la profession vis-à-vis du public, que ne peut en faire directement l'Association générale de Paris.

En province, pour beaucoup de monde encore et pour certains écrivains, nous passons toujours comme les parias de la société, et nous sommes tenus par eux à l'index.

Pour ces gens-là, un dentiste n'est pas une personne ; c'est un dentiste, c'est-à-dire un rien du tout, car, pour elles, dentiste ne va pas sans charlatan, et charlatan sans dentiste.

Il faudrait pourtant réagir contre ce préjugé qui persiste à nous mettre au dernier rang de la société, et je ne doute pas que la formation des groupes régionaux dont il est question, ne soit un puissant moyen pour y parvenir. De même qu'il serait blâmable qu'une corporation qui dispose de moyens de publicité ne protestât pas par leurs organes contre la tendance qu'ont certains journalistes à assimiler les dentistes aux personnes indélicates et de mauvaise foi.

Ici, dans notre petite ville de Carcassone, j'ai eu à relever pendant deux fois l'expression malheureuse d'un journaliste qui ne trouve rien de mieux pour qualifier quelqu'un que de lui appliquer le titre de *Professeur de Prothèse Dentaire*, ou celui de *dentiste*.

Vous pouvez en voir un exemple par le journal que je vous envoie par le même courier ; en même temps, je vous adresse la protestation que je lui ai envoyée à ce sujet, et à laquelle je n'ai pas eu de réponse.

Il est incontestable que si cette protestation eût été faite au nom de l'Association, il ne se fût empressé de retirer cette expression qui ne peut être que fâcheuse pour les dentistes vis-à-vis du public.

Donc, que l'un des membres de l'Association générale des dentistes de France habitant notre région prenne l'initiative de former le groupe y correspondant, et je crois que, ne serait-ce que pour sauvegarder l'honneur du nom, pas un dentiste de la contrée soucieux de ses intérêts ne fera faute de s'inscrire tout en remerciant M. Godon de son ingénieuse idée.

A. Bousquet.

Nous sommes heureux de voir que notre proposition a trouvé bon accueil auprès de nos confrères de province.

Nous n'avons eu la prétention que d'indiquer une voie. Aux intéressés à s'y engager, en modifiant la proposition si bon leur semble.

Mais ce qui est nécessaire, c'est que les dentistes, en province comme à Paris, cessent de rester à l'état d'unités sans cohésion.

En Angleterre, aux Etats-Unis, nos confrères forment des associations régionales. Les besoins sont les mêmes chez nous, et plutôt nous y donnerons satisfaction mieux cela vaudra.

Ch. G.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de nos confrères MM. de Baralle à Lille et Touchard à Nantes. M. de Baralle avait participé aux tentatives de relèvement professionnel sous l'Empire ; il s'était associé avec MM. Trousseau, Fauton père et Damour, pour rédiger le Journal des dentistes, et l'Abeille.

M. Touchart était un vétéran de la profession.

Notre collègue M. de Lemos a eu la douleur de perdre son épouse. Qu'il reçoive l'expression de notre sympathie en cette triste occurrence.

NOUVELLES

M. Lockroy, ministre de commerce, a donné audience aux délégués de l'Association générale des dentistes de France, le lundi 7 mars 1887 : MM. Godon et Dubois, chargés de lui présenter la protestation et les vœux de l'Association générale en ce qui concerne l'exercice de l'art dentaire.

M. le ministre a retenu longtemps les délégués, leur demandant

de nombreux renseignements sur la situation actuelle des dentistes en France, leur rappelant les sympathies qu'il avait témoignées à l'École dentaire de Paris, notamment en décorant de l'ordre de la Légion d'honneur son directeur le Dr David.

Les délégués firent valoir auprès du ministre, les raisons d'intérêt général et national qui s'opposaient à la confusion des études et des examens pour le médecin et pour le dentiste, celles qui militaient en l'honneur de la liberté et qui recommandent à la bienveillance effective, administrative du gouvernement, l'Ecole dentaire de Paris.

Puisque cette institution fait un service public d'enseignement et d'assistance sans demander autre chose que la personnalité civile, il n'est pas juste que des lenteurs administratives entravent son développement et son avenir.

M. le ministre s'intéressa à ce nouvel aspect de la question, il demanda aux délégués un rapport écrit sur la matière, promettant de l'étudier à nouveau et de donner satisfaction aux dentistes en donnant la préférence à la solution la plus libérale si cela était possible.

Le mercredi 23 mars, la Commission de la Chambre des Députés, chargée d'examiner les projets de loi sur l'exercice de la médecine donna également audience à MM. Godon et Dubois.

Les délégués reçurent le même accueil bienveillant auprès du président le Dr Chevandier et des députés commissaires.

La commission étant déjà opposée à l'article 6 du projet ministériel la tâche des représentants de l'Association était simplifiée.

M. le Président demanda l'avis des délégués sur la dénomination de chirurgien-dentiste,dans le cas où on statuerait dès maintenant sur l'exercice de l'art dentaire.

Les membres de la commission accordèrent la plus grande attention à l'exposé du but de l'Ecole dentaire de Paris, aux vœux des dentistes français.

M. le Dr Bourneville appuya la thèse libérale qu'on venait défendre devant les représentants du pays. Il voulut bien rappeler ensuite aux délégués que le *Progrès Médical* avait été des premiers à encourager les efforts des dentistes qui avaient fondé la première Ecole dentaire à Paris et que nous pouvions toujours compter sur ses sympathies.

Depuis 9 années on parle de nous réglementer et c'est la première fois que nous avons la possibilité de nous faire entendre. Si l'on en juge par l'accueil bienveillant dont on nous a honorés, cela ne sera pas sans profit pour le développement de l'art dentaire dans notre pays.

Nous apprenons avec plaisir que le ministre du commerce a désigné le directeur de l'école dentaire de Paris, M. le Dr David, comme membre du jury d'admission à l'exposition universelle, section de médecine et chirurgie.

M. le Dr Brouardel vient d'être nommé doyen de la faculté de médecine pour trois années.

L'éminent professeur que nous sommes heureux de compter parmi nos présidents honoraires pourra, nous l'espérons, défendre en connaissance de cause l'Ecole dentaire de Paris.

La Faculté de médecine a à sa tête un homme qui n'ignore pas notre but et nos efforts.

M. le Dr Gérard a été nommé professeur de botanique à la faculté des sciences de Lyon. C'est avec regret que nous voyons s'éloigner le sympathique professeur.

L'Ecole dentaire de Paris y perd un des membres les plus distingués de son corps enseignant.

Nous souhaitons que cet éloignement ne soit pas définitif, et qu'il nous soit donné dans un avenir prochain de compter de nouveau M. Gérard parmi les nôtres.

LE PALAIS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Plusieurs Sociétés médicales de Paris, jointes à l'Association Française pour l'avancement de sciences, et soutenues par une Société financière, travaillent, dit la *Gazette Médicale*, à organiser un local où elles pourront tenir commodément leurs séances, installer largement leurs archives, leur bibliothèque, et créer par le fait même de leur réunion, un véritable Cercle médical dont il ne restera plus qu'à compléter les points accessoires. C'est l'ancien hôtel Panckouke, rue des Poitevins, qui a été choisi pour réaliser ce projet et qui deviendra prochainement le Palais des Sociétés Savantes.

DENTISTIANA. — *La scène se passe dans un cabinet de dentiste.*

Le dentiste. — Madame, la seule ressource est l'extraction de cette mauvaise dent. Du reste, rassurez-vous, cela sera facilement fait.

La patiente, en rougissant. — Monsieur, j'aurais mieux aimé que l'opération fût différée. Je crois que mon etat actuel ne le permet pas. Prochainement je puis devenir mère.

Le dentiste. — Madame, nous essaierons des palliatifs pendant quelque temps. Pourtant l'extraction n'est pas contre-indiquée absolument, surtout si vous n'êtes pas à la veille de la délivrance.

La patiente. — Je n'y suis pas.

Le dentiste. — De quelle époque comptez-vous?

La patiente, en rougissant de plus en plus. — D'hier soir.

AVIS

L'*Aide-Mémoire* du chirurgien-dentiste est en vente chez les fournisseurs pour dentistes.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 2, rue d'Amsterdam, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris. — Alcan-Levy, imp. breveté, 24, rue Chauchat

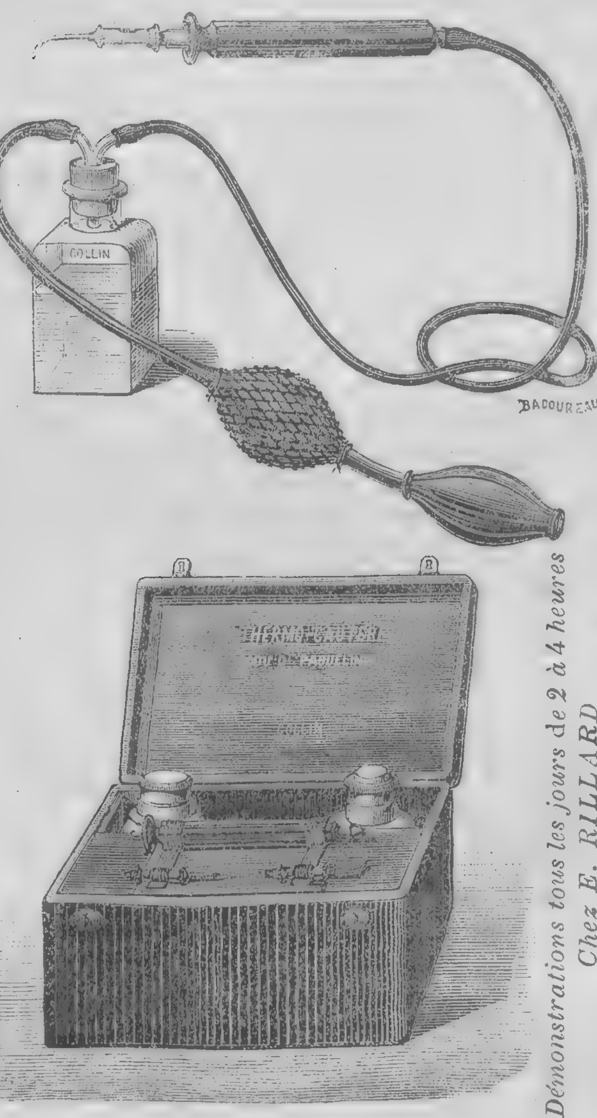
MARS 1887
Maison E. BILLARD FILS, 4, Passage Choiseul, PARIS.

CAUTÈRE PAQUELIN

(Fabrication de la Maison CHARRIÈRE, COLLIN Successeur).

A. HEYMEN-BILLARD, seul Dépositaire pour MM. les Dentistes.

NOUVEL AGRANDISSEMENT DES MAGASINS DE LA MAISON BILLARD



Démonstrations tous les jours de 2 à 4 heures
Chez E. BILLARD

Ce Cautère, le plus simple et le plus pratique que l'on ait fabriqué jusqu'à ce jour, n'a pas les inconvénients des Cautères électriques ; suppression totale des piles, des compositions chimiques donnant dans le cabinet d'opération des émanations d'acide faisant rouiller les instrument ; toujours prêt à fonctionner, il donne des résultats hors ligne.

Ses avantages : la chaleur de cet instrument est permanente. L'opérateur peut le chauffer **en quelques secondes** à tel degré de chaleur qu'il le désire.

Il traverse **sans s'éteindre** les liquides et les tissus organiques, il fonctionne très régulièrement.

Il est, ses accessoires compris, d'un petit volume.

La fig. 1 représente l'appareil monté.

La fig. 2, l'appareil dans son écrin qui mesure 20 centimètres de longueur, 14 centimètres de largeur et 12 centimètres de hauteur.

Prix de l'appareil avec cautères droit et courbe, **110** f.

N. B. — Il est joint à chaque appareil une brochure explicative.

Visiter les nouveaux Magasins de la Maison BILLARD, 4, Passage Choiseul, Paris.

VIENT DE PARAITRE :

DE

L'ANESTHÉSIE LOCALE

Obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique ou d'une solution simple d'acide phénique pour l'extraction des dents. Exposé de la méthode suivie de 86 observations.

Par Georges VIAU

En Vente chez M. A. HEYMEN-BILLARD, 4, Passage Choiseul, Paris.

Prix : 1 fr. 60, franco

VOL. 7. Paris, Avril 1887. N° 4

L'ODONTOLOGIE

AFFECTIONS DES MACHOIRES

Par le Dr Th. DAVID

I. — ARTHRITE TEMPORO-MAXILLAIRE

Cette affection reconnaît une forme aiguë et une forme chronique.

L'ARTHRITE AIGUE est le plus souvent consécutive à l'ostéite de la branche montante de la mâchoire inférieure, que l'on voit survenir au cours de l'intoxication phosphorée ou des accidents osseux provoqués par l'éruption de la dent de sagesse. On en connaît aussi des exemples à la suite de caries du rocher, d'otites moyennes.

L'arthrite traumatique, indépendante des plaies pénétrantes de l'articulation est rare ; il en est de même de l'arthrite spontanée, idiopathique.

Quant à l'arthrite rhumatismale elle est signalée par les auteurs, sans observation à l'appui ; M. Oulmont en a cependant observé un cas remarquable dans son service à l'hôpital de Lariboisière en 1869. Il siégeait dans l'articulation temporo maxillaire droite. L'articulation était gonflée, douloureuse pendant les mouvements et à la pression comme dans les autres fluxions articulaires ; la résorption se fit en même temps que dans les autres jointures et sans laisser de traces.

M. W. de Schulten en a réuni plusieurs cas (1).

L'arthrite chronique ou subaiguë bien décrite pour la première fois par Adam Smith, de Dublin, est une variété de l'arthrite sèche ou déformante. Tantôt elle est isolée ; tantôt elle coïncide avec des lésions analogues d'autres jointures, aux vertèbres, à la hanche, aux épaules, chez des sujets rhumatisants ou goutteux. Dans un cas observé par nous, toutes les jointures du corps se prirent successivement dans l'espace de 12 ans ; les articulations temporo-maxillaires n'échappèrent point à cette généralisation, mais furent les seules qui recouvrèrent leurs mouvements.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont celles de l'arthrite sèche des autres articulations : usure des fibro-cartilages et du disque interarticulaire ; éburnation et déformation des surfaces osseuses ; agrandissement irrégulier de la cavité glénoide du temporal ;

(1) W. de Schulten, *De l'ankylose de la mâchoire inférieure et de son traitement.* Edit. franc. par MM. Petit et Thomas. Paris 1879, nombreuses indications bibliogr. sur ce chapitre, p. 9 et suivantes.

résorption plus ou moins complète du condyle qui devient cylindrique ou même conique ; ossification des ligaments latéraux ; formation de stalactites osseuses pérarticulaires, de corps étrangers intra-articulaires, etc.

Les phénomènes restent longtemps bornés à une simple crépitation appréciable dans les mouvements, et sans douleur ;

Certains auteurs, ceux du *Compendium* en particulier, ont fait de ce symptôme une forme de la maladie sous le nom de crépitation indolente. Elle succède à une attaque de rhumatisme articulaire, ou, survient spontanément, sans phénomènes aigus, sans fièvre. Elle n'est douloureuse que de temps en temps, sous l'influence du froid, et passe rarement à l'état aigu. Au bout d'un temps assez long, les mouvements deviennent de plus en plus difficiles, les craquements très intenses, et, dans les cas graves, où des productions osseuses se forment autour de l'articulation ou autour d'elle, l'ankylose plus ou moins complète est la terminaison de la maladie.

On a signalé, dans les poussées toujours peu aiguës de cette arthrite sèche, une contracture douloureuse des muscles du cou. Ce serait une espèce de faux torticolis symptomatique d'une arthrite concomitante.

Le traitement ne diffère pas de celui des arthrites. Cependant l'immobilité absolue est ici bien difficile à obtenir. Comme moyens thérapeutiques, on a recours, dans les formes aiguës, aux vésicatoires, à l'incision antiseptique dans les cas suppurés..., dans les formes chroniques, aux applications de teinture d'iode, aux pointes de feu. Il est en même temps indiqué qu'on prescrive le traitement interne réclamé par la constitution arthritique du sujet.

II. — CONSTRICTION DES MACHOIRES

Cette affection, appelée encore resserrement des mâchoires, est constituée par l'immobilité complète ou incomplète de la mâchoire inférieure appliquée contre la supérieure. Elle est généralement de longue durée, incapable de guérir spontanément, souvent permanente et doit être séparée, pour ces motifs, du resserrement purement nerveux, observé dans diverses affections : période algide des fièvres, méningite, trismus du tétanos, etc.

Causes. — La constriction des mâchoires est consécutive à des affections inflammatoires portant soit sur la branche montante du maxillaire inférieur, soit sur le corps des deux mâchoires, soit sur l'articulation temporo-maxillaire, ou bien encore sur les muscles et les parties molles voisines. Les diverses ostéites des mâchoires, les accidents muqueux et osseux de l'éruption vicieuse de la dent de sagesse, les stomatites ulcéreuses et gangréneuses en sont les causes primitives les plus fréquentes. Dans un certain nombre de cas, les plaies de la face par armes à feu ont eu la même termi- naison. Parmi toutes ces causes, nous signalerons plus particulièrement les accidents de dentition, qui nous parais-

sent agir fréquemment, malgré le silence des auteurs à ce sujet (1).

Mentionnée cependant dans quelques travaux récents (2), elle a fait dernièrement le sujet d'une thèse inaugurale que nous avons inspirée et dans laquelle l'auteur, M. Duchateau, (3) a démontré que la constriction des mâchoires coïncide le plus fréquemment avec l'époque de l'éruption de la dent de sagesse ; il en conclut que les causes assignées à la constriction des mâchoires en pareil cas doivent être rapportées à des accidents d'origine dentaire.

Formes. — Anatomie pathologique, Mécanisme. — On peut assigner quatre formes à la constriction des mâchoires.

1° *Resserrement par contracture musculaire.* — Cette forme est très fréquente dans les inflammations d'origine dentaire, qu'elle ait lieu par action réflexe ou par propagation inflammatoire directe. Les muscles atteints sont, par ordre de fréquence, le masséter, rarement le temporal et le ptérygoïdien interne. La rigidité musculaire qui fixe alors la maxillaire inférieur est quelquefois comparable à celle du trismus tétanique et les deux arcades dentaires sont solidement fixées l'une contre l'autre.

En général cet état s'accompagne de douleurs vives, d'autant plus pénibles qu'il est plus prolongé ; ainsi que la contracture, elles ne cessent que lorsque tout obstacle à l'éruption de la dent a disparu, ou lorsque la dent a été extraite. Il ne reste qu'une gêne variable des mouvements de l'articulation maxillaire, une raideur qui cède peu à peu.

On a signalé d'autres cas d'origine non inflammatoire : un trismus douloureux du masséter durant dix ans (4), une contracture hystérique des mêmes muscles qui dura un an et demi et fut guérie par l'électricité (5), une contracture survenue après une suppression des règles et revenue quatre mois de suite à chaque période menstruelle (6).

2° *Resserrement permanent par dégénérescence fibreuse des muscles.* — Cette dégénérescence est le plus souvent consécutive

---

(1) W. de Schulten, *De l'ankylose de la mâchoire inférieure et de son traitement.* Edition française, par MM. Petit et Thomas, Paris 1879. — E. Bassini *sul serramento delle mascelle*, Milano 1879. — Ces deux travauxsont le résumé de presque tous ceux connus à cette date sur l'ankylose de la mâchoire.

(2) Sarazin, art. *Dent. Dentition* du *Nouveau dictionnaire de chirurgie pratique*, T. XI. — Heydenreich, Th. agreg. Paris 1878. — A. Desprès, art. *Mâchoires*, du *Nouveau dict. de méd, et de chir. prat.* T. XXI.

(3) Duchateau. *De la contriction permanente des mâchoires de cause dentaire.* Th. de Paris, 1883.

(4) Rizzoli, *Clin. chir.*, trad. franç., p. 235.

(5) Duchenne (de Boulogne) cité par Berrut, *De la contriction permanente des mâchoires et des moyens d'y remédier*, th. d'agreg. en chir., Paris 1866, p. 22.

(6) Duplay, *Tr. élém. de path. externe*,, T. IV, p. 765.

à l'inflammation musculaire, qui peut être indépendante d'une affection dentaire ou osseuse et succéder à des phlegmasies de la cavité buccale, à des phlegmons, des abcès de la face, à des myosites attribuées à la syphilis (1), à la scrofule, au rhumatisme (2) à une opération sur la face (3).

Les parties molles enflammées se transforment en tissu fibreux qui à la longue se rétracte comme le tissu cicatriciel ordinaire.

La rétraction musculaire consécutive à la paralysie faciale paraît déterminer aussi la constriction des mâchoires. Duchenne, de Boulogne, a rapporté plusieurs faits de ce genre, où cette rétraction siégeait sur le buccinateur (4).

3° *Resserrement permanent par brides cicatricielles intermaxillaires.* — Les brides, résultats d'une inflammation violente des parties molles et souvent dures, sont situées à la face interne des joues où dans leur épaisseur, entre les deux arcades dentaires. Elles peuvent occuper tout un côté de la mâchoire, mais le plus souvent elles siègent au voisinage de l'angle. Fibreuses au début, les brides subissent avec le temps la dégénérescence cartilagineuse et même osseuse, soudant ainsi les deux maxillaires d'une manière indélébile. Rizzoli et Schultèn ont rapporté une dizaine de cas de ce genre (5).

Ces trois variétés, qui peuvent exister indépendamment de toute lésion articulaire, sont désignées sous le nom de *fausses ankyloses.* La véritable ankylose de l'articulation temporo-maxillaire constitue la 4e variété de contriction des mâchoires.

4° *Resserrement permanent par ankylose de l'articulation temporo-maxillaire.* — Cette variété a pour cause l'arthrite de l'articulation, soit primitive, ce qui est rare, soit par propagation d'une inflammation de voisinage ou par traumatisme.

L'ankylose peut d'ailleurs être fibreuse ou osseuse, intra-articulaire ou périphérique. L'ankylose osseuse centrale complète est rare. La disposition du périoste relativement aux surfaces articulaires, signalée par M. Gosselin, explique comment une inflammation de cette membrane et même une nécrose du condyle peuvent survenir sans lésion marquée de l'articulation (6).

---

(1) Boyer, *Traité des mal. chir.* 5e édit. t. II, page 1027. — Deville, *Bull. soc. anat.* 1845, p. 276. — Boinet, *Bull. soc. chir.* 1851, t. II, page 19 — Verneuil, cité par Maur, th. de Paris, 1874, p. 24. — Guyot, cité par Béal. Th. de Paris 1876, p. 30.

(2) Larrey, cité par Sarrazin, *De la contriction des mâchoires au point de vue de ses causes et de son traitement.* Th. de Paris 1855, p. 29. — Fieber, *Allg. Wiener med. Zeitg*, 1864, IX, 42.

(3) Verneuil, cité par Maur, p. 28

(4) Duchenne de Boulogne. — *Traité de l'électrisation localisée*, 1877, p. 869.

(5) Rizzoli. *Clin, Chir.* p. 212. — W. de Schultèn, *Ankylose de la mâchoire inférieure*, p. 41.

(6) Gosselin. — *Rech. sier quelques catrilages diarthrodiaux, in Bull. soc. anat*, 1841, p. 246.

Dans tous les cas, sauf dans celui de Cruveilhier, l'ankylose était bilatérale et coïncidait avec celle de toutes les autres articulations (1).

L'ankylose osseuse péripherique est le plus souvent le résultat de l'arthrite sèche; elle peut aussi résulter de l'ossification des brides cicatricielles. Elle est très rare. L'ankylose fibreuse est le plus souvent incomplète et paraît succéder à des contusions de l'articulation, à des chutes sur le menton, etc. (Guyon, Duplay).

Schultèn rapporte deux cas d'ankylose de la machoire qui ne rentrent dans aucune des variétés précédentes (2).

Dans le premier cas, chez un enfant né avec une exiguité congénitale de la mâchoire inférieure, par arrêt de développement, l'occlusion de la bouche et l'immobilité de la mâchoire survinrent peu à peu. Langenbeck fit la section sous-cutanée des deux masséters et la dilatation de la bouche avec le *speculum oris*. La difformité se reproduisit; Langenbeck, un an après, sectionna de nouveau les masséters, et pensant que l'obstacle aux mouvements tenait à l'arrêt de l'apophyse coronoïde derrière le maxilaire supérieur, détacha cette apophyse avec la scie. L'opéré guérit, mais on ne sait ce qu'il devint par la suite (3).

Dans le second cas, une femme de 29 ans portait une exostose de croissance intéressant l'os malaire et l'apophyse coronoïde, développée dans l'espace de trois ans; les dents ne pouvaient être écartées que de deux lignes. La mobilité revint après l'ablation de l'exostose.

Symptômes. — L'immobilité presque complète de la mâchoire est le signe prédominant. Dans certains cas, il existe encore un mouvement d'abaissement de quelques millimètres; dans d'autres, la propulsion en avant et la diduction existent seules. Mais dans l'ankylose osseuse, vraie ou fausse, l'immobilité est absolue. Dès lors la parole est plus ou moins confuse et la mastication impossible; l'alimentation se fait par l'intervalle laissé entre les mâchoires, ou par un orifice résultant de la perte de plusieurs dents. Dans tous les cas, on peut introduire les aliments entre la dernière molaire et la branche montante du côté sain.

Dans les ankyloses cicatricielles, la rétraction finit par presser les arcades dentaires les unes contre les autres et par amener des déviations plus ou moins grandes des dents; celles-ci peuvent arriver jusqu'à la position horizontale (4).

Par le toucher, on constate l'existence de brides indurées autour de la mâchoire inférieure, réunissant les deux arcades ensemble; il n'est pas toujours facile de reconnaître l'ossification, ni, par

---

(1) Voir Schultèn, *loc. cit.*, p. 10 et suiv.
(2) Weil, p. 76.
(3) Langenbeck, *Arch. für klin. Chir.* vol. I, p. 451.
(4) Berrut, *thèse citée*, p. 34.

suite, de distinguer la dureté des cicatrices fibreuses de celle de l'os.

Même sans perte de substance des joues, ce qui augmenterait encore les difformités, il peut exister une déformation de la face, un rétrécissement de la bouche. On a signalé encore l'atrophie de la mâchoire, résultant probablement d'une diminution de l'activité de la circulation de l'artère dentaire inférieure et constituant une asymétrie plus ou moins marquée (1).

Lorsque l'ankylose est consécutive à une inflammation gangréneuse avec perte de substance de la joue, les bords de la plaie cicatrisée sont indurés, saillants, adhérents à l'os ; on trouve à ce niveau, entre les mâchoires, une masse charnue, dure, parfois ossifiée, pouvant aller jusqu'à comprendre les masséters. On voit au fond les arcades alvéolaires et les dents, qui sont ordinairement cariées et déviées en dehors ; les gencives sont couvertes de granulations fongueuses. Dans certains cas, les alvéoles sont nécrosées, le canal de Sténon est ouvert, la salive s'écoule au dehors et ajoute une nouvelle cause à l'affaiblissement du malade. Cependant la perte de substance rend parfois l'alimentation plus facile, et, Diffenbach dit même que pour cette raison il est absurde de songer à la combler (cité par Schultàn).

Diagnostic. — Deux questions sont à résoudre, celles de savoir s'il existe une ankylose et à quelle variété on a affaire.

Pour savoir s'il existe une ankylose, on a recours aux commémoratifs qui nous apprennent comment la maladie a débuté : par une inflammation, une affection dentaire, une fluxion, une arthrite ; si l'immobilité de la mâchoire dure depuis longtemps, si elle est complète ou incomplète.

Il ne faut pas négliger l'emploi du chloroforme qui, en permettant la résolution musculaire, peut nous apprendre s'il s'agit d'une contracture nerveuse ou causée par une lésion de voisinage amenant une immobilité passagère, ou bien d'une ankylose permanente.

Dans l'ankylose osseuse ou cartilagineuse, l'immobilité est absolue. Les adhérences fibreuses intra-articulaires permettent des mouvements légers, un peu plus étendus pendant le sommeil chloroformique. La rétraction cicatricielle, capsulaire et périarticulaire, permet de communiquer à la mâchoire des mouvements de rotation et même d'abaissement.

L'ankylose d'origine musculaire, sans cicatrices ni lésions articulaires ou périarticulaires, se reconnaît à la rétraction d'un ou de plusieurs des muscles moteurs de la mâchoire. La rétraction du buccinateur, consécutive à la paralysie faciale, se reconnaît à la consistance de ce muscle et à la déformation apparente uni-

---

(1) Bonnet. *Traité des sections musculaires et tendineuses.* Paris, 1841 p. 613. — Little, *The Lancet*, 1851, vol. II p. 222. — Rizzoli, *clin. chir.* p. 234. — Schultèn, *loc. cit.* p. 15, 28, etc.

latérale caractéristique de cette maladie ; celle des masséters, est révélée par la transformation d'un ou de deux de ces muscles en masses dures, indolentes et rigides.

L'ankylose cicatricielle est facile à distinguer des autres par la présence du tissu de cicatrice : mais il n'est pas toujours aussi facile de constater à quelle variété d'ankylose cicatricielle on a affaire, quelle en est l'étendue, si l'articulation est prise, etc. On ne s'aperçoit souvent de cette dernière particularité que lorsque la section des adhérences antérieures ou intermaxillaires laisse persister l'immobilité de la mâchoire.

Il est facile, d'après les commémoratifs, l'aspect des tissus, l'état des mouvements, de distinguer si l'ankylose est unilatérale ou bilatérale.

Pronostic. — Il est presque impossible de dire si l'immobilité est temporaire ou permanente. Toirac a vu une ankylose, durant depuis 20 mois, disparaître après l'extraction de la dent de sagesse (1).

Hormis ces cas, qui peuvent être assez fréqueuts, comme les accidents mêmes de la dent de sagesse, la guérison spontanée est impossible ; c'est que le plus souvent il existe des brides fibreuses, osseuses ou une ankylose vraie.

Quant à la guérison par le traitement opératoire, elle est possible dans toutes les variétés d'ankyloses. Nous verrons plus loin d'après les résultats obtenus, quelle est la gravité relative des diverses méthodes employées.

Traitement. — On peut remédier à l'ankylose de la mâchoire inférieure par des moyens palliatifs et par des moyens curatifs.

Les moyens *palliatifs* consistent dans l'ablation d'une ou plusieurs dents, d'une partie du bord alvéolaire ou même du maxillaire inférieur, pour permettre l'introduction des aliments.

Traitement curatif. — Nous recommandons avant tout, en cas de constriction des mâchoires durant depuis un certain temps, plusieurs mois, par exemple, avec accidents inflammatoires siégeant au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, de s'assurer de l'état des dernières molaires, de la dent de sagesse en particulier.

Si l'on peut soupçonner dans l'éruption vicieuse de cette dent la cause de l'affection, il faut avant tout faire l'extraction ; plusieurs observations réunies dans la thèse de M. Duchateau (p. 41 et suiv.) montrent que cette extraction a suffi pour faire disparaître les accidents.

L'extraction n'est pas toujours facile en pareil cas. Lorsqu'il n'y a pas d'ankylose proprement dite, et que les adhérences cicatricielles ne sont ni assez étendues, ni assez solides, pour empêcher l'écartement des mâchoires à l'aide des instruments

(1) Toirac, *Mém, sur la dernière molaire,* in *Revue médicale,* Paris 1828. T 1., p. 406, obs. 5.

appropriés, coins, dilatateurs, etc., on peut tenter cet écartement, avec ou sans anesthésie préalable. Mais alors il n'est pas encore toujours possible de saisir la dent, et plusieurs fois nous fûmes obligé, pour arriver à la troisième molaire, d'enlever d'abord la seconde, Dans deux cas, la dent de sagesse extraite, nous fîmes la greffe par restitution de la seconde qui se consolida parfaite- ment.

Lorsque l'ankylose est trop avancée pour qu'on puisse atteindre la dent de sagesse par la bouche, on peut arriver à elle à l'aide de deux incisions, l'une suivant le bord inférieur du maxillaire inférieur, depuis le milieu du corps de l'os jusqu'à l'angle, l'autre portant à trois centimètres au dessus de l'angle, suivant le bord postérieur de la mâchoire et rejoignant la première, On forme ainsi un lambeau, qui, relevé, laisse le maxillaire à découvert et permet de le trépaner pour atteindre la dent. On pourrait encore se contenter d'une seule incision faite suivant la direction de l'os, à partir de la commissure labiale et opérer par cette ouverture.

Contre l'ankylose elle-même on a proposé des moyens divers, respectivement dirigés contre ses différentes espèces. Ce sont : 1° les moyens dits de douceur, destinés à combattre la contracture musculaire et les lésions articulaires : résolutifs, vésicatoires, teinture d'iode, applicables seulement contre les accidents inflammatoires chroniques ou survenant après les tentatives opératoires, électrisation contre la contracture.... ; 2° les moyens mécaniques ; 3° diverses opérations chirurgicales pour la description desquelles nous renvoyons aux ouvrages spéciaux : section des brides cicatricielles et des muscles ; autoplastie combinée avec la section des brides ; section osseuse en avant des adhérences, soit simple, (procédé de Rizzoli), soit avec ablation d'un fragment osseux (procédé d'Esmarch) ; désarticulation de la mâchoire.

Voici quelles sont, d'après W. de Schultèn, les diverses indications de ces méthodes et procédés opératoires et les résultats qu'ils ont fournis.

Dans l'*ankylose osseuse*, la dilatation n'a donné que des résultats passagers et incomplets dans 8 cas, ou bien les résultats définitifs ne sont pas connus. La dilatation graduelle n'est avantageuse que dans les cas légers. La dilatation brusque est suffisante s'il n'y a que des adhérences fibreuses.

Dans l'ankylose *d'origine musculaire*, lorsque l'anesthésie chloroformique, les courants continus et parfois le traitement antisyphilitique n'ont rien produit, on a recours à la myotomie, soit du masséter, soit du temporal (Bonnet)

Dans l'ankylose *cicatricielle*, la dilatation forcée est surtout un moyen prophylactique. Elle peut encore rendre des services quand l'ankylose est récente. Mais le plus souvent elle ne donne qu'un écartement temporaire et tout l'avantage acquis est vite perdu quand on a cessé le traitement.

Dans 16 cas d'ankylose unilatérale, la section des cicatrices a donné : mobilité persistante, 4 fois ; récidive, 8 fois ; résultat définitif inconnu 4 fois. Ce même moyen a donné dans l'ankylose bilatérale sur 8 cas : mobilité persistante 3 fois ; récidive 2 ; résultat définitif inconnu 3. On peut s'en contenter lorsqu'il n'y a que des adhérences antérieures et que le tissu innodulaire n'occupe pas toute l'épaisseur de la joue et ne s'étend pas jusqu'au masséter et à la branche montante.

La section des adhérences par la bouche, combinée avec la myotomie sous-cutanée du masséter, employée quatre fois, a donné de bons résultats. Elle est indiquée lorsqu'il existe une rétraction du masséter et des adhérences intra-buccales.

Dans treize cas d'adhérences unilatérales très étendues et très dures, on a fait la section de toute la cicatrice par l'extérieur ; on obtint la mobilité dans trois cas, une récidive dans trois autres ; l'état définitif est inconnu chez sept malades perdus trop tôt de vue.

En cas de perte de substance de la joue, on a fait quatorze fois l'autoplastie comme opération complémentaire de la section des cicatrices. On a obtenu : quatre fois un résultat final excellent ; la récidive une fois ; neuf fois le résultat final est inconnu.

La création d'une nouvelle articulation a été faite dans dix-neuf cas d'ankylose osseuse, six fois par le procédé d'Esmarch et treize fois par celui de Rizzoli. On n'a noté qu'un érysipèle, une hémorrhagie ; tous les opérés ont guéri avec une mobilité satisfaisante.

Dans l'ankylose cicatricielle, l'opération d'Esmarch a été faite quarante fois avec les résultats suivants : mobilité persistante, 15 cas ; récidive, 8 cas ; mort, 2 cas ; résultat définitif inconnu, 15 cas. Celle de Rizzoli, pratiquée vingt-six fois, a donné : mobilité persistante, 13 cas ; récidive, 5 ; mort, 3 ; résultat définitif inconnu, 5. Ces résultats diffèrent un peu de ceux auxquels est arrivé le professeur Duplay, qui, sur sur vingt-cinq observations rassemblées par lui, a trouvé pour le procédé de Rizzoli 3 morts, 3 récidives et 7 succès sur 13 opérations, et pour le procédé d'Esmarch, 1 mort, 4 récidives et 7 succès sur 12 opérations (1).

Enfin, deux fois on a pratiqué la désarticulation de la branche montante et la resection jusqu'à la première molaire, pour nécrose consécutive, dans un cas, à une plaie par arme à feu (2), et dans l'autre à une périostite suite d'extraction de la première molaire (3) : le résultat définitif est inconnu.

Après l'opération, il faut faire exécuter des mouvements à la mâchoire pour éviter la reproduction des adhérences et favoriser la pseudarthrose.

---

(1) Duplay, *Traité de path. externe*, t. IV, p. 770.
(2) Rizzoli, *Clin. chir.*, p. 221.
(3) Bryk, *Arch. für lkin. Chirg.*, vol. XV, p. 262.

NOTE SUR LES INJECTIONS DE COCAINE PURE

Par M. Poinsot.

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

Communication à la Société d'Odontologie de Paris

Séance du 5 avril 1887

Ce soir, j'ai la satisfaction de vous indiquer une sérieuse amélioration concernant les injections sous-gingivales avec la cocaïne.

L'eau est remplacée par un nouveau véhicule : l'oléo-naphtine du docteur Lancelot.

Ce produit d'une grande pureté, possède la propriété de dissoudre bien des corps dont nous nous servons dans la thérapeutique dentaire, et en particulier la cocaïne pure.

Je n'insiste pas sur l'avantage résultant de deux produits purs, donnant constamment les mêmes résultats satisfaisants ; je me contente de vous affirmer que par ce moyen vous éviterez, sinon tous les dangers attribués à l'action de la cocaïne, mais vous pourrez les supprimer presque tous. Ces dangers du reste, sont dûs, pour la plupart, aux procédés plus ou moins heureux, aux modes de faire, et enfin aux produits entrant dans la composition de l'injection.

Après bien des essais, en collaboration avec M. Ferdinand Vigier, notre pharmacien de l'école dentaire, nous vous présentons la formule suivante :

Oléo-naphtine....	1 gramme.
Cocaïne pure.....	5 centigrammes.

Placé, dans de petits tubes de verre, le premier à l'état liquide, le second en poudre impalpable, pour être conservés indéfiniment sans altération.

Au moment de s'en servir, il suffit de chauffer le tube, la cocaïne pure se dissout, et vous procédez à l'injection.

Le laps de temps nécessaire à l'anesthésie varie, d'après l'hyperésthésie de la région à opérer, et aussi suivant la longueur variable des racines des dents à extraire ; cependant, on peut indiquer comme moyenne un espace de temps variant de trois à sept et même huit minutes.

L'injection d'oléo-naphtine et de cocaïne est un peu moins fluide que les solutions aqueuses, il en résulte un avantage précieux ; en effet, son action n'en est que mieux limitée au point d'injection, de sorte qu'il est souvent indiqué de multiplier les piqûres en diminuant la quantité de liquide injecté.

Les accidents qu'il m'a été donné d'observer sur une centaine d'opérations environ, se réduisent à un peu d'ivresse, semblable en tout point à l'ivresse chloroformique.

La substitution de la cocaïne pure au chlorydrate de cocaïne

est, pensons-nous, avantageuse, et devant diminuer les chances de mortification ultérieure, l'oléo-naphtine est un véhicule moins irritant, moins susceptible de se laisser envahir par les micro-organismes que l'eau.

Je crois que vous trouverez à ces substitutions des avantages et qu'elles auront pour but d'augmenter les services de l'anesthésie locale par la cocaïne.

OBSERVATIONS SUR L'ANESTHESIE LOCALE PAR LA COCAINE

Par M. G. Blocman

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

La question qui fait l'objet de ma communication a déjà été traitée devant vous maintes et maintes fois. Elle a trouvé des défenseurs passionnés en même temps qu'elle subissait des attaques diverses. Pourquoi, tandis que certains d'entre nous n'obtiennent que des succès par l'emploi de la cocaïne, d'autres n'ont que des déceptions, d'autres enfin des alternatives de réussites et d'insuccès ! C'est sans doute parce que tous nous ne procédons pas de la même manière, parce que nous n'employons pas les mêmes produits ou bien encore parce que certains d'entre nous, peut-être ont eu la bonne fortune de rencontrer des malades qui profitent, de par leur tempérament, de tous les avantages du médicament sans en subir les inconvénients, tandis que d'autres moins heureux n'ont affaire qu'à des natures trop facilement impressionnées par la cocaïne. Telles sont les réflexions que j'ai faites dès les premiers jours de l'application de la cocaïne à l'art dentaire; aussi ai-je voulu me placer dans des conditions spéciales aussi uniformes que possible quel que soit le cas que j'aie à opérer et quel que soit le malade. J'ai réuni un certain nombre d'observations. Je vais si vous le voulez bien vous en citer quelques-unes et en tirer des conclusions.

Il est évident que le procédé opératoire ne variant pas, les résultats ne pouvaient être modifiés que suivant le tempérament des malades soumis à la cocaïne. J'ai pris une solution de cocaïne au dixième dans de l'eau phéniquée à 2 o|o et j'ai régulièrement injecté 0,50 centigrammes de la solution en deux piqûres c'est-à-dire le procédé indiqué par M. Viau. Toutefois, je faisais très légèrement chauffer la solution avant de l'employer, la cocaïne se précipitant assez facilement. J'ai ainsi opéré :

1° Le Dr G. à deux reprises différentes. Il s'agissait d'extraire une molaire inférieure droite. A peine la première injection à la face externe était-elle terminée que déjà le patient se plaignait de lourdeur dans la tête (je fais les injections très lentement afin d'éviter les décollements trop considérables), bientôt les nausées

suivirent. Le malade est un homme de 38 à 40 ans, grand et fort d'un bon tempérament, il m'a avoué être très sensible à l'action des médicaments. L'extraction faite à la sixième minute n'a pas été indolore. Le Dr G. qui se soumettait à l'opération avec l intention d'analyser ses sensations a avoué n'avoir presque rien senti, mais encore ce n'était pas ce que lui avait annoncé une autre de mes clientes à qui je devais sa visite. Huit jours après je fis une nouvelle opération pour la même dent, côté gauche — mêmes symptômes, effets identiques. A la troisième minute je piquai fortement la gencive, le docteur ne sentit rien et me pria de lui enlever immédiatement sa dent. Cette fois pas la moindre douleur. Les dents étaient cependant aussi adhérentes l'une que l'autre. Dans aucun des deux cas il ne s'est produit d'eschare consécutive à l'injection.

2° Mlle M. 19 ans, belle carnation, tempérament sanguin. Je soignais des dents à cette jeune fille, pour terminer les opérations à faire je devais lui enlever une grosse molaire supérieure droite. Elle vint chez moi sans la moindre appréhension accompagnée seulement de sa bonne. Aussitôt après l'injection elle devint inquiète, elle étouffait, je croyais à des nausées, à un malaise de l'estomac occasionnés par le médicament. Mais aussitôt la dent extraite elle eut une crise d'hystérie épouvantable qui ne dura pas moins de trois quarts d'heure. Pendant plusieurs années cette jeune fille avait subi un traitement pour cette névrose et depuis deux ans elle n'avait pas eu d'attaque.

3° Mme L. 25 ans, anémique, rhumatisante, constitution délicate. Cette dame vint à Paris pour subir une opération assez compliquée; il s'agissait d'enlever des dents et des racines pour les remplacer ainsi que celles qui manquaient déjà. Je dus pratiquer cinq fois l'anesthesie.

a. — A la mâchoire supérieure côté droit, je pus extraire trois racines sans occasionner de douleur sinon une tres légère impression au moment de la dernière extraction.

A la suite légère fluxion.

b. — A la mâchoire inférieure, côté gauche, extraction absolument indolore de deux racines de petites molaires.

Fluxion consécutive comme à droite.

c. — Extraction de la première grosse molaire supérieure gauche, anesthésie complète.

Eschare à la voûte palatine.

d. e. — Extractions à un jour d'intervalle, des deux secondes grosses molaires supérieures.

A la suite de ces opérations qui avaient parfaitement réussi comme anesthésie, il est survenu une fluxion assez volumineuse des deux cotés et consécutivement la mâchoire a été ankylosée pendant trois semaines, la moindre tentative d'abaissement où d'élévation de la machoire provoquait des douleurs très vives.

4° La mère de cette jeune femme a subi deux extractions de molaires supérieures par le même procédé et a également présenté des eschares à la voûte palatine.

5° Mme L., 50 ans tempérament apoplectique, a eu des nausées. et des maux de tête après l'injection de cocaïne. Le malaise à duré 4 heures. L'anesthésie a été nulle.

6° Mlle M., 19 ans, lymphatique, très faible, avait une grosse molaire inférieure droite avec abcès à l'extrémité de la racine. L'injection a fait disparaître la douleur de la periostite mais, l'extraction a été des plus douloureuses. Les douleurs ont été beaucoup plus vives, deux heures après fluxion consécutive.

7° Melles M. et L. ont eu chacune deux prémolaires extraites dans le but de redresser les autres dents. Ces quatre opérations ont été absolument indolores, mais ont toutes quatre occasionnés une fluxion assez volumineuse. Les dents étaient cependant parfaitement saines et il n'y a eu aucune lésion gingivale où osseuse pendant l'extraction.

8° M. A., 35 ans tempérament nerveux. Extraction d'une prémolaire inférieure droite, eschare consécutive à une extraction d'ailleurs indolore.

A la suite de cette eschare, il s'est produit de la suppuration et une nécrose peu étendue du bord alvéolaire.

Sur 20 autres cas non revus, il y a eu des succès parfaits et des anesthésies incomplètes.

En somme, on peut dire je crois, que l'anesthésie par la cocaïne se produit d'une façon complète dans le plus grand nombre de cas, mais que dans presque tous les cas où *il y a inflammation* des issus dentaires ou voisin, on court d'énormes chances d'avoir des complications telles que fluxion, eschares et même perte de substance. L'absorption de la cocaïme est assez rapide pour qu'il n'y ait pas lieu d'attendre cinq ou six minutes dans tous les cas. Si les phénomènes généraux propres à cet alcaloïde se manifestent si rapidement le but que nous poursuivons doit de même être atteint promptement. Dans ma première observation j'en ai signalé un exemple des plus concluants ; ce serait là une série d'essais à entreprendre. Enfin la cocaïne peut réveiller, comme dans ma seconde observation des affections, endormies et leur donner un coup de fouet. Il faut nous résigner à employer la cocaïne dans des proportions modérées, à employer la plus petite quantité possible de liquide et nous attendre à quelques insuccès, il faudrait avoir l'œil trop exercé pour pouvoir administrer à chacun juste ce qui convient à son tempérament; ce ne serait plus de la médecine, ce serait de la sorcellerie; dans bien des cas même devrait-on s'abstenir tout à fait, afin d'éviter toute espèce d'accidents.

DÉPARTEMENTS	Classe 1850 à 1854			Classe 1855 à 1859			Classe 1860 à 1864			Classe 1865 à 1871			Classe 1872 à 1876			Classe 1877 à 1881		
	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
Ain	10.467	17	»	11.831	25	6	9.691	35	»	10.588	15	1	14.752	36	4	15.337	11	9
Aisne	14.555	181	26	17.135	161	15	14.155	161	37	17.274	160	11	21.015	207	21	22.841	81	16
Allier	12.516	7	8	12.924	14	15	10.752	9	19	11.478	22	6	14.615	6	4	13.494	7	9
Alpes (Basses-)	4.313	29	2	4.955	22	2	4.487	45	6	4.571	51	4	5.717	30	3	5.600	3	5
Alpes (Hautes-)	4.740	6	20	5.007	5	11	4.670	13	7	4.374	15	5	5.646	47	4	5.416	5	2
Alpes-Maritimes	»	»	»	»	»	»	4.527	91	3	8.452	88	6	9.513	55	9	10.890	24	10
Ardèche	12.385	11	5	11.734	17	11	11.545	9	3	12.529	9	8	13.776	40	26	11.325	42	20
Ardennes	8.664	100	8	12.805	155	25	10.923	365	9	10.694	343	5	12.004	242	31	11.925	122	3
Ariège	8.812	10	12	10.192	31	4	8.261	12	12	8.659	33	11	8.828	18	21	7.782	21	4
Aube	7.008	61	5	7.183	43	10	5.162	24	8	6.487	31	9	9.416	66	3	9.686	25	2
Aude	8.746	7	16	9.938	11	11	7.800	11	11	7.737	16	5	14.078	13	3	17.257	27	8
Aveyron	12.432	15	6	15.886	7	11	11.719	32	8	14.594	23	16	13.849	11	3	12.716	5	6
Bouches-du-Rhône	9.457	57	6	10.681	45	9	10.317	67	21	11.055	123	22	16.160	77	21	15.703	54	6
Calvados	11.926	130	12	14.086	241	3	11.017	209	2	12.395	173	4	16.115	248	23	16.840	75	21
Cantal	7.768	11	8	9.353	8	4	8.452	10	8	8.588	7	3	11.213	3	5	11.977	»	2
Charente	9.705	24	1	11.081	45	13	9.745	69	2	9.835	103	1	11.699	25	6	9.653	11	3
Charente-Inférieure	13.601	66	4	16.528	97	10	11.785	117	33	11.328	81	»	18.455	172	5	18.093	58	5
Cher	11.170	51	23	10.906	21	37	11.250	30	49	11.660	3	59	11.932	25	13	10.534	30	14
Corrèze	11.396	25	14	13.303	5	26	12.778	48	»	11.323	34	4	15.859	65	12	18.120	12	12
Corse	6.408	13	1	7.612	18	»	6.743	27	[illegible]	8.171	25	11	11.146	13	27	11.940	10	22
Côte-d'Or	10.861	69	3	12.840	92	11	9.523	84	1	10.953	102	2	16.193	48	4	17.170	29	6
Côtes-du-Nord	18.762	20	8	21.344	23	11	18.103	36	12	19.650	23	2	24.978	21	26	24.892	37	21
Creuse	9.306	4	22	10.798	70	15	9.763	89	19	9.045	35	13	9.328	13	17	8.747	17	5
Dordogne	14.145	53	2	18.794	89	6	18.698	79	1	15.119	79	1	18.731	49	14	17.114	44	21
Doubs	9.446	51	6	9.452	31	10	8.047	71	12	8.992	103	2	10.666	77	1	9.401	29	4
Drôme	9.216	25	3	11.962	12	28	9.813	13	17	9.944	33	3	13.372	16	3	13.236	36	2
Eure	16.825	428	3	11.819	552	2	10.421	662	5	10.863	1030	3	10.282	267	1	8.657	228	1
Eure-et-Loir	8.046	34	7	9.104	105	7	6.688	54	1	7.583	60	»	11.731	60	3	11.534	29	»
Finistère	22.767	9	7	19.262	42	17	19.900	24	17	21.876	20	12	28.552	55	62	32.434	28	19
Gard	10.014	26	9	12.467	24	10	11.361	38	11	12.892	39	21	20.613	39	16	23.473	30	6
Garonne (Haute-)	13.301	20	14	14.707	45	12	11.218	69	[illegible]	12.724	63	5	20.057	69	25	20.846	25	13
Gers	7.940	26	2	8.892	37	3	8.501	104	1	8.231	12	2	10.290	54	»	8.349	8	2
Gironde	12.935	126	5	18.068	264	10	15.896	593	10	19.049	573	7	26.311	313	9	22.262	194	39
Hérault	9.803	4	24	11.035	10	29	10.272	18	11	9.883	22	4	15.403	58	3	17.829	41	4
Ille-et-Vilaine	16.791	20	13	21.264	14	31	19.116	70	59	18.822	15	10	28.702	72	29	32.641	51	16
Indre	9.917	39	5	9.609	47	23	9.034	48	3	8.982	57	2	15.361	66	8	18.609	54	7
Indre-et-Loire	10.026	118	20	9.759	203	4	8.772	189	5	9.132	104	25	10.813	127	8	9.826	50	20
Isère	17.820	38	3	19.745	59	7	17.535	113	20	14.744	37	»	23.131	36	14	24.965	25	5
Jura	8.355	30	3	10.548	48	4	9.595	83	5	9.663	67	7	10.435	49	4	10.150	15	6
Landes	9.578	236	3	10.561	155	5	9.237	202	5	10.657	299	9	10.082	206	36	9.549	191	9
Loir-et-Cher	8.917	44	40	7.828	82	5	8.822	68	38	9.586	151	11	11.515	121	9	11.755	92	3
Loire	15.167	3	20	20.253	15	16	14.827	8	5	17.771	18	7	29.088	22	14	34.276	28	12
Loire (Haute-)	10.671	5	10	12.560	3	7	10.806	20	22	10.397	4	13	12.694	1	12	12.254	4	2
Loire-Inférieure	13.254	122	2	17.078	190	4	13.715	194	»	17.392	105	1	25.948	331	27	22.428	85	3

DÉPARTEMENTS	Classe 1850 à 1854 — NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Classe 1850 à 1854 — PERTE DES DENTS	Classe 1850 à 1854 — MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	Classe 1855 à 1859 — NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Classe 1855 à 1859 — PERTE DES DENTS	Classe 1855 à 1859 — MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	Classe 1860 à 186 — NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Classe 1860 à 186 — PERTE DES DENTS	Classe 1860 à 186 — MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	Classe 1865 à 1871 — NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Classe 1865 à 1871 — PERTE DES DENTS	Classe 1865 à 1871 — MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	Classe 1872 à 1876 — NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Classe 1872 à 1876 — PERTE DES DENTS	Classe 1872 à 1876 — MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	Classe 1877 à 1881 — TOTAL DES JEUNES GENS	Classe 1877 à 1881 — TOTAL de la perte DES DENTS	Classe 1877 à 1881 — TOTAL des MALADIES AUTRES
Loiret	8.650	37	3	9 767	49	3	9.139	49	[illegible]	10.341	77	1	16.340	24	2	17 927	90	4
Lot	8.090	6	5	9.267	13	5	8.015	29	28	8.552	12	8	9.391	37	7	8.151	12	2
Lot-et-Garonne	8.495	65	4	9.123	64	8	7.187	143	3	8 069	76	34	12.255	49	8	13.663	40	8
Lozère	4 698	7	1	5.384	4	»	4.270	12	13	4 818	6	»	7 [illegible]83	6	6	9.226	3	9
Maine-et-Loire	14.149	197	8	16.361	224	8	12.637	115	5	16.357	151	6	19.671	147	19	18.396	34	7
Manche	17 950	30	51	20.229	165	20	15.522	114	[illegible]	15.109	79	8	22 873	212	48	22.558	177	11
Marne	8.738	64	7	9.809	47	35	7.603	34	[illegible]	10.124	107	2	18.221	175	56	20.114	53	12
Marne (Haute)	6 873	70	26	7.709	65	5	6.566	152	6	6.592	83	3	11.736	121	6	13.868	26	4
Mayenne	10 534	42	12	12.976	99	5	10.243	63	4	14.175	60	»	15 539	178	5	15.017	193	3
Meurthe-et-Moselle	10 987	28	1	13.630	38	3	12.857	75	3	14 427	63	9	21.393	106	18	19 928	68	25
Meuse	7.947	53	6	9.495	94	4	7.332	78	4	8 199	55	7	11 243	94	1	10.596	30	9
Morbihan	13.595	6	10	15.373	46	5	13.351	10	10	15.061	22	37	21.818	20	20	24 296	6	4
Moselle	11 869	18	15	16.213	71	13	15.737	149	10	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Nièvre	11.743	36	4	11.664	13	5	10.545	29	11	12.132	115	3	18 640	59	2	22.835	49	11
Nord	27.635	109	15	35 949	315	12	31.613	105	7	32 875	158	5	53.971	253	17	61.413	141	12
Oise	11.763	334	7	12.639	393	6	10.203	232	8	11.158	311	20	14.635	244	11	15.277	137	6
Orne	14.272	172	»	13 841	217	7	11.715	239	5	11.609	202	5	15.355	333	56	15.020	193	6
Pas-de-Calais	20.248	312	31	21.568	274	29	16 856	205	1	19.577	100	105	34.149	212	36	35.508	200	14
Puy-de-Dôme	19 172	3	9	20 169	8	5	15.943	15	75	17.471	11	4	22 367	10	6	22 962	4	6
Pyrénées (Basses-)	12.362	92	2	14.341	171	8	13 991	250	9	13 621	184	7	19 363	80	14	22 630	200	4
Pyrénées (Hautes-)	7.516	134	5	8.292	71	2	7.278	135	[illegible]	7.190	63	25	9.938	63	49	9.288	82	15
Pyrénées-Orientales	4.812	14	2	5.829	10	8	4.974	17	15	6.565	21	9	7.995	16	2	8.144	11	2
Rhin (Bas-)	16 239	49	10	19.747	79	7	16.830	29	[illegible]	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rhin (Haut-)	16 847	83	10	20.466	79	2	16.955	53	25	13 140	59	3	10.190	39	1	11.444	24	2
Rhône	12.645	10	8	15 312	14	20	14.334	47	1	15.312	25	15	17.982	33	2	14.150	17	1
Saône (Haute-)	9.184	63	3	11.398	62	6	8.411	34	8	9 066	46	1	10.280	24	7	9 966	7	9
Saône-et-Loire	18.514	23	13	20.026	13	8	15.601	25	7	16 378	20	5	28.860	153	6	32.296	38	14
Sarthe	15.750	84	28	15.934	42	26	12.585	149	12	12.638	207	7	18 113	151	11	17.902	177	6
Savoie	»	»	»	»	»	»	9.472	5	6	9.335	7	7	11.231	15	8	12 307	6	2
Savoie (Haute-)	»	»	»	»	»	»	9.032	10	42	9 413	25	8	11.959	40	10	13.273	54	5
Seine	24.935	84	8	33.535	170	11	31 964	170	13	42.241	91	40	71.787	110	35	82 880	108	19
Seine-Inférieure	22.392	1209	9	26.756	1086	12	24 158	1533	11	25.914	2451	15	34.443	1394	17	38.146	753	50
Seine-et-Marne	9.099	41	43	10.405	46	75	8.588	27	[illegible]	10.011	26	122	13 646	53	2	14.202	83	13
Seine-et-Oise	10 799	200	4	13.763	364	8	12 047	249	15	11 376	70	»	19.300	100	13	26.128	126	19
Sèvres (Deux-)	9.307	1	9	10.386	9	9	8.749	7	20	9.796	13	11	11 559	17	10	10.723	5	11
Somme	16.886	368	3	19 625	587	1	13.924	495	9	15.905	612	7	22 906	442	19	23.987	538	10
Tarn	10.060	10	5	11.399	12	9	10 837	79	1	10 369	29	4	10 291	10	6	8.199	8	4
Tarn-et-Garonne	6.019	13	5	6.976	11	4	5.3[illegible]4	27	3	5 134	8	»	9.791	10	4	9.222	5	3
Var	7.708	54	32	8.239	51	10	5.729	41	24	9 031	57	7	10 850	48	3	12 699	26	8
Vaucluse	6.315	6	8	7.369	8	15	6.218	15	[illegible]	7.423	29	3	10 852	25	5	10.220	9	1
Vendée	11.515	76	8	14.960	69	14	11.628	69	12	12 727	132	4	17.735	62	19	17.843	58	10
Vienne	9.275	34	4	11.038	35	24	9 307	38	[illegible]	10.237	64	15	15.112	54	16	16.211	22	21
Vienne (Haute-)	11 123	73	10	12 721	50	20	13.750	72	31	11 938	69	51	1[illegible].348	27	10	20.438	17	11
Vosges	14.042	104	4	15 596	66	1	13.279	52	5	13 255	75	6	13.994	52	10	13 298	58	7
Yonne	9.289	81	7	11.755	54	7	10.082	89	[illegible]	11 653	391	1	13.323	362	3	12.426	96	»

RAPPORT ANNUEL

DES TRAVAUX DE

l'Association Générale des Dentistes de France

ET DE

la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaire de Paris pendant l'exercice 1886

PRÉSENTÉ A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Du Mardi 17 Janvier 1887

Par le secrétaire général, CH. GODON

MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

L'Association générale des dentistes de France a continué cette année la marche progressive qu'elle a suivie depuis sa fondation. Son influence s'étend de plus en plus sur le monde professionnel par suite du fonctionnement prospère et régulier des œuvres qu'elle a créées.

Fidèle à sa mission, elle poursuit toujours avec la même persévérance son but, la création dans notre pays d'un corps de dentistes, digne et instruit, méritant par ses études, ses travaux et sa conduite professionnelle l'estime générale.

Confiante dans le succès final, elle voit chaque jour grandir autour d'elle, les sympathies et la bienveillance de tous pour les œuvres qu'elle a créées, bienveillance qui se manifeste de toutes parts par des adhésions nouvelles et des offres de concours multiples.

Pourtant le moment des enthousiasmes de la première heure est passé. L'appui que l'on nous apporte est mûrement réfléchi, ce sont des actes, des résultats que l'on nous demande aujourd'hui, et c'est justice.

Heureusement qu'à chaque nouvel adhérent qui s'informe de ce que nous avons fait depuis huit ans, de ce que nous faisons aujourd'hui, de ce que nous promettons pour l'avenir, la réponse est toute à l'avantage de l'œuvre.

C'est ce qui fait force et assure la vitalité de notre société.

Nous venons à vous, nous disent nos nouveaux adhérents, parceque *chez vous l'on travaille.*

Nous devons être fiers de cette appréciation, et nous pouvons dire que tous nos membres font tous leurs efforts pour la justifier.

L'association a vu, cette année encore, le nombre de ses membres augmenter d'une façon sensible ; les *diplômés de l'Ecole* qui composent pour la plupart cette augmentation, viennent ainsi chaque année prendre place à côté de leurs aînés. Ils forment pour notre groupe la source d'un accroissement permanent destiné à vivifier la société par l'apport d'éléments jeunes et progressifs.

Le groupe des hommes éminents dans des milieux différents qui nous avaient accordé leur patronage, s'est augmenté de la façon la plus heureuse; le premier représentant de la ville de Paris, le président du Conseil municipal et le Ministre du commerce nous ont accordé leur puissant appui.

Mais si nous avons gagné de nouveaux protecteurs, nous en avons perdu un qui aurait été pour notre cause du plus grand secours, nous voulons parler d'un de nos présidents honoraires, de Paul Bert, enlevé si prématurément à notre pays.

Il nous avait, à l'une de nos séances inaugurales, assurés de son appui. — Son discours, que nous nous rappelons tous, a résumé l'ensemble de nos revendications.

Son concours nous aurait été précieux, près de nos législateurs, surtout en ce moment, où l'on se propose de nous englober dans la réforme de l'art médical.

En effet, comme vous le savez, Messieurs, la réglementation de l'art dentaire est de nouveau à l'ordre du jour.

Un projet émanant de l'initiative parlementaire réclame pour le dentiste, l'obligation d'un diplôme spécial (le projet Chevandier); un autre projet, dû au Ministre du commerce, demande pour le dentiste l'obligation du doctorat en médecine ou de l'officiat de santé.

Votre Conseil de Direction, après avis de sa commission spéciale nommée à cet effet, a conclu à ce que notre société adresse au Ministre sa protestation contre les projets en question. Nous avons toujours combattu l'*assimilation de l'art dentaire à l'art médical*, et sur ce point nous sommes unanimes dans la profession ; nous sommes pour la spécialisation de l'art dentaire, aussi bien au point de vue de l'enseignement que de l'exercice.

Notre société a toujours soutenu également les avantages qu'avait pour le développement de notre art la liberté d'exercice, cette liberté si féconde en résultats progressifs. Mais nous sommes heureux que la question ait été ainsi posée; la campagne que nous allons entreprendre en est rendue plus aisée ; nous pourrons plus facilement éclairer le Ministre qui a été mal renseigné ainsi que nos législateurs sur ce que réclament l'intérêt public et l'intérêt bien compris de notre profession.

Nous pouvons espérer qu'en employant toute notre influence dans cette voie et celle de notre société, nous réussirons à faire triompher notre solution, le maintien du *statu quo*, de la liberté, dont, sous un gouvernement libéral, comme la République, l'initiative des citoyens s'accommode mieux.

Avant de vous parler du fonctionnement de nos divers services,

je dois vous rendre compte d'un devoir pénible que nous avons eu à remplir. — Nous avons dû prononcer la radiation d'un nos membres.

Cela n'a pas été sans regret que nous nous sommes décidés à prendre cette mesure. Mais la réputation de notre association nous impose des devoirs auxquels nous ne devont pas faillir.

Nous ne méconnaissons pas les nécessités qu'impose l'état transitoire dans lequel se trouve encore l'art Dentaire en France. nos rapports avec ceux de nos confrères qui étaient entres dans la carrière à l'époque où il n'y avait pas de morale professionnelle définie ou de société directrice pour l'édicter, le prouvent surabondamment.

Pour nos diplômés, nous avons été plus exigeants, il ont puisé chez nous une morale professionnelle qui chaque année s'est lentement créée et codifiée. Elle a été adoptée volontairement par tous comme une sorte de pacte auquel ils ne doivent pas manquer.

Mais si pour nos autres membres nous sommes plus indulgents, il est cependant quelques circonstances rares, heureusement, où l'infraction est si grande que notre société risquerait en les tolérant plus longtemps de compromette sa dignité.

Nous avons dû à la suite de diverses plaintes sévir contre un membre dont la réclame mensongère s'étallait quotidiennement dans les colonnes de tous les journaux politiques. C'est cette radiation que nous vous demandons de ratifier.

Nous ne voulons être ni des juges, ni des directeures de conscience ; chacun est libre de suivre la ligne de conduite qui lui convient ; mais si elle diffère de celle admise par notre société, il doit cesser de faire partie de notre groupe, car, nous avons le droit d'exiger que ceux qui en font partie en acceptent les principes et la direction morale.

Ecole et Hopital Dentaires de Paris

Je ne vous parlerai pas longuement de notre école dentaire. J'ai rendu compte à notre dernière séance de réouverture de son fonctionnement pendant l'année écoulée. Vous avez pu voir alors par mon rapport que la situation était toujours florissante. Les élèves témoignent par leur nombre que notre enseignement est toujours suffisant pour former de bons praticiens, de véritables dentistes. Vous avez vu également que nous apportions tous nos soins à l'étendre et à le perfectionner encore. Dans cette tâche le corps enseignant nous donne son concours avec le plus grand dévouement. Le gouvernement du reste reconnaît le zèle de nos professeurs en leur accordant tour à tour des récompenses honorifiques. Après notre directeur, le docteur David, qui à été décoré de la Légion d'honneur, c'est un de nos sympathiques professeurs, le docteur Aubeau qui vient de recevoir les palmes académiques.

Les concours que nous avons inaugurés dans l'année pour les différents postes de l'enseignement vous ont prouvé que nous faisions toujours, avec impartialité, appel à tous, la place appartenant au plus travailleur.

Depuis ce rapport nous avons eu notre séance d'inauguration qui, aussi brillante que les années précédentes. a eu lieu à la mairie du IXe arrondissement sous la présidence d'honneur du ministre du commerce M. Lockroy, et sous la présidence effective de M. Mesureur, président du conseil municipal de Paris. Nous n'avons eu qu'à nous louer du succès de cette cérémonie et à enregistrer les promesses qui nous ont été faites.

Pour la nouvelle année scolaire les élèves atteignent, comme les années précédentes, à peu près le chiffre de 90. — Est ce un chiffre définitif, je ne les crois pas : l'insuffisance du nombre des dentistes dans la plupart des villes importantes de France et d'Europe nous permet de supposer que ce chiffre peut être dépassé, et en tout cas être supérieur à 100. Mais dans l'état actuel des choses si notre personnel enseignant, notre programme et notre organisation pouvaient suffire, notre local, quoique nous l'ayons déjà augmenté une fois, est devenu trop étroit. Il faut absolument, comme les maisons qui prospèrent, nous agrandir. Votre conseil d'administration s'est posé cette question et il se trouve en face des trois solutions suivantes :

1° Louer un autre local plus grand ; 2° Acheter un immeuble à l'aide d'un emprunt hypothécaire fait à nos confrères ou à un établissement financier; 3° Demander un local à l'Etat ou à la Ville.

Le prochain conseil sera appelé à choisir l'une ou l'autre de ces trois solutions, car nous ne pouvons rester dans le *statu quo.*

Cette question résolue, notre école n'aura rien à envier aux institutions similaires de l'étranger.

La clinique a été de plus en plus fournie de malades, répondant ainsi à son double but; l'enseignement des élèves, le traitement des pauvres.

Le Conseil municipal de Paris, malgré les nombreuses réductions qu'il est obligé de faire chaque année dans son budget, nous continue la subvention qu'il nous avait accordée.

Il l'a complétée cette année par la promesse d'un local.

L'Etat seul, malgré des rapports des plus sympathiques, ne nous a pas encore accordé la reconnaissance d'utilité publique ; mais vous savez que l'Etat opere lentement, qu'il lui faut des enquêtes longues et minutieuses.

Pourtant, il ne nous faut pas encore désespérer; la solution de cette question, dont il ne faut pas non plus s'exagérer l'importance, serait, paraît-il, assez prochaine.

Société d'Odontologie de Paris

Notre réunion scientifique, elle aussi, poursuit avec succès sa mission.

Vous avez tous vu, la semaine dernière, par l'excellent rapport de son sympathique secrétaire général, M. G. Blocman, combien les séances avaient été chaque fois bien remplies par des communications intéressantes, des observations nombreuses.

C'est que tous nos membres comprennent qu'il y a là un laboratoire où, en unissant nos efforts, en travaillant en commun, nous pouvons améliorer nos procédés, perfectionner nos méthodes, afin de mieux remplir notre tâche. Tous apportent avec sincérité les résultats heureux ou malheureux de leurs recherches. Aussi notre société scientifique, quoique jeune encore, est-elle maintenant à la hauteur des sociétés odontologiques étrangères, ses aînées, et elle marche de pair avec elles, pour l'étude des différentes questions à l'ordre du jour de notre profession.

C'est par elle que nous avons pu assister à d'intéressantes luttes entre les partisans de l'or mou et de l'or adhésif, de l'or foulé avec le maillet, automatique ou non, à la main ou par la rotation. C'est là aussi que nous avons vu ce nouvel et merveilleux agent, la cocaïne, prendre une place de plus en plus importante dans notre thérapeutique.

Déjà je l'annonçais l'année dernière, lorsque je rappelais les essais faits à la clinique de l'Ecole par plusieurs d'entre les professeurs, MM. Aubeau, Ronnet, etc.

C'était à l'époque de ce procès que l'on fit si retentissant contre le protoxyde d'azote. Il y avait eu un accident (!) contre des milliers de succès pourtant. L'expert n'osa pas déclarer qu'il était certain que l'agent anesthésique fût la cause de l'accident, le protoxyde d'azote n'en fut pas moins condamné. Nous y tenions pourtant à cet agent, dont un des nôtres, Horace Wells, avait le premier utilisé les merveilleuses propriétés anesthésiques. C'est alors que la cocaïne a fait son entrée dans notre thérapeutique, ce précieux agent qui nous permet presque de dire : l'anesthésie locale est trouvée. Et pour cet heureux résultat si l'on peut dire qu'il est dû aux efforts combinés des confrères du monde entier, notre école y a apporté une large part de collaboration.

Souhaitons que notre Société continue avec le même succès son œuvre scientifique. N'a-t-elle pas déjà inauguré l'année d'une façon heureuse, en décidant qu'à l'avenir elle accorderait un prix aux travaux les plus intéressants qui seront faits sur l'Art dentaire non seulement en France, mais même à l'étranger.

Le Journal l'Odontologie

Notre journal, lui aussi, n'a cessé de prospérer. Si l'Ecole est un laboratoire où se font les essais, les recherches, la Société

d'Odontologie, le lieu où on les passe au crible de la discussion compétente, le journal est le vulgarisateur qui porte partout et à tous les nouveaux procédés, les nouvelles découvertes. Agent de progrès des plus utiles, des plus précieux nous applaudissons avec joie à ses succès. Lorsque nous nous rappelons notre modeste *Bulletin du Cercle* d'il y a huit ans qui se composait de 8 pages d'impression, et que nous le comparons à cette compacte revue scientifique qu'on appelle l'*Odontologie*, nous pouvons être fiers du résultat.

De tous les côtés, les abonnements arrivent, tous les organes professionnels de l'étranger et même de France nous font de larges emprunts. La réputation est faite maintenant, la place est prise parmi les premiers organes professionnels du monde entier.

Du reste, la situation matérielle est assez belle pour que l'on ait encore cette année augmenté le format de 8 pages et l'ait porté à 72 pages. Pourtant le cadre est encore étroit puisque les matières abondent et que chaque numéro déborde sur le suivant.

Aussi, comme vous le pensez la situation financière est très belle, le maximum de recettes (6,500) que nous avions fixé l'année dernière est dépassé.

N'oublions pas, messieurs, que ces résultats si brillants sont dus au zèle et à la bonne direction de M. P. Dubois, le directeur-gérant. Nous souhaitons qu'il puisse longtemps encore lui consacrer son temps, sa peine et ses aptitudes spéciales.

Bibliothèque

La bibliothèque odontologique que nous avons fondée prend corps, elle aussi. L'organisation adoptée l'année dernière a pleinement réussi.

Grâce au catalogue, le prêt fonctionne d'une façon très régulière et à l'avantage des membres de la Société et des élèves.

Nous avons eu pendant l'année 350 sorties de livres, ouvrages prêtés pour la plupart aux élèves de l'école ; le service était donc utile.

Une somme de 500 fr. est mise maintenant chaque année à la disposition du bibliothécaire, le sympathique Dr Thomas, à qui nous devons cette excellente organisation. Chaque ouvrage professionnel qui paraîtra maintenant, nous l'aurons.

Mais pour la bibliothèque comme pour l'école, le local est trop étroit et il faudra dans notre prochaine installation lui réserver plus de place afin de pouvoir organiser le prêt sur place, la salle de lecture.

Le Comité Syndical

Notre Comité syndical n'a pas eu beaucoup lieu cette année d'exercer ses attributions.

Son fonctionnement est encore rudimentaire et nos confrères

n'en sentent peut-être pas suffisamment l'utilité, mais nous sommes persuadés qu'à mesure que nous nous développerons, nous les verrons le consulter davantage.

Peut être eût-il pu cette année intervenir quelquefois.

Bien des questions de déontologie professionnelle restent encore à élucider.

Souhaitons donc que ceux qui accepteront d'en faire partie cette année en tirent toutes les conséquences qui doivent en découler.

La Caisse de Prévoyance

Notre Caisse de prévoyance a, elle aussi, quelque peu sommeillé cette année.

Son rôle s'est borné au service des obsèques de nos membres décédés; notre président honoraire, M. P. Bert, puis MM. Quiroga, Picard et Ch. Bouvin.

Comme vous le voyez, notre Société a, cette année, payé un large tribut à la mort. J'ai déjà parlé des trois premiers. Le dernier, Ch. Bouvin était un ouvrier de la première heure; il avait avec nous concouru à la fondation du *Cercle des Dentistes*. Il est parti avant l'heure, alors qu'il s'était par son travail conquis une situation honorable en province. Il a emporté les regrets sincères de tous ceux qui l'ont connu.

Si notre Caisse de prévoyance a peu fonctionné, est-ce à dire qu'il n'y a pas eu dans notre profession des misères à soulager, de malades à porter secours?

Regrettons qu'ils ne soient pas venus à nous. Ils nous auraient trouvés prêts à les aider.

Mais, quoique la Société n'ait pas grandement usé de ce service, n'est-ce pas une grande satisfaction pour tous de savoir que si dans notre corps professionnel une misère éclate, il y a là, au fond social, de quoi la secourir.

Qu'ajouterai-je à ce rapport ! deux menus faits de l'année : Un vol, un incendie. .

Mais rassurez-vous. Un employé infidèle avait détourné des fonds, — nous en avons obtenu le remboursement à peu près intégral.

Quant à l'incendie, il a été peu grave, et notre Compagnie d'assurances a payé les dégâts.

Conclusion

Comme vous le voyez, messieurs, par ce trop long rapport, — l'année a été bonne comme les précédentes — pour tous nos divers services en particulier et pour le développement de notre association en général.

Notre trésorier va vous donner lecture de son rapport sur notre situation financière. Vous verrez que, malgré le chiffre élevé de

notre budget (35,000 fr. environ), nous avons parfaitement couvert nos dépenses.

Il est certain que l'importance de ce chiffre nous oblige à une grande prudence dans la direction, mais si l on jette un coup d'œil sur le budget d'autres Sociétés philantropiques, nous devons nous considérer comme très heureux des résultats obtenus.

Permettez-moi, Messieurs, avant de terminer de vous prier d'adresser des félicitations à tous les collaborateurs qui, dans cette œuvre si complexe, nous apportent à des titres divers, peut-être mais avec un égal dévouement leur précieux concours.

Au corps professoral de l'Ecole, aux chefs de clinique, aux démonstrateurs, à l'administration de notre journal, et aux divers fonctionnaires de la Société, qui, comme notre trésorier, M. Ronnet, par exemple, remplissent des fonctions lourdes et arides, à tous enfin, car tous ont fait largement leur devoir.

Une tache importante reste maintenant au prochain conseil :

1° Combattre le projet de loi sur la réglementation de l'art dentaire.

2° Obtenir pour notre école la reconnaissance d'utilité publique.

3° Trouver un local plus en rapport avec nos besoins.

Souhaitons-lui donc plein succès pour obtenir la solution de ces importantes questions qui embarrassent notre route et consument des efforts qui pourraient être plus utilement employés, pour le développement de notre œuvre et les progrès de l'Odontologie en France.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er mars 1887

Présidence de M. Poinsot, président.

I. — Allocution du président, propositions de modifications au réglement et sur l'ordre du jour. II. — Observations sur les injections sous gingivales avec le chlorydrate de cocaïne. — III. Traitement conservateur de la pulpe.

La séance est ouverte à 9 heures. Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, procès-verbal qui est adopté.

M. Poinsot remercie la Société de l'avoir appelé aux fonctions de Président; il regrette les absences qu'il a dû faire en raison de son mauvais état de santé, et se promet de remplir son nouveau mandat avec toute la régularité possible. M. Poinsot rappelle ensuite les services rendus à la Société par M. Lecaudey, toujours prêt à lui être utile, et si dévoué aux différents groupes réunis autour de l'Ecole Dentaire.

M. le président propose qu'à côté des communications libres faites par tous les membres de la Société, le bureau ou la Société désigne au choix et par avance, certains sujets à étudier. L'avantage de cette façon de travailler serait, dit M. Poinsot, de faire en quelque temps une sorte d'étude générale sur l'art dentaire, et de plus, il y aurait économie de temps. En effet, au lieu de passer plusieurs séances sur un même sujet chacun pourrait rassembler les observations qu'il a recueillies relativement à la question, et les présenter en bloc. La discussion deviendrait générale et le résultat serait plus complet.

MM. Chauvin et *Blocman* appuient cette manière de faire et présentent quelques observations.

M. Levett. — Que ferez-vous si vous avez le même soir six orateurs pour la même question ?

M. Dubois. — Il est important, pour une société comme la nôtre, d'étudier les questions à l'ordre du jour dans le monde scientifique, et il serait bon d'imiter les sociétés odontologiques étrangères, qui préparent longtemps à l'avance le programme de leurs séances. Au lieu de discussions pour lesquelles l'auteur de la communication a, seul, une préparation suffisante ; on aurait de la part de ceux qui veulent contredire, ou traiter le sujet à un autre point de vue, un débat plus large, des séances donnant plus de travail utile. Je crois aussi que si le bureau ouvrait régulièrement la séance à 8 h. et demie on aurait le temps jusqu'à 11 h. un quart, 11 h. et demie, d'entendre tout le monde.

M. Blocman. — Souvent ce sont les membres de la Société qui ne sont en nombre que vers 9 h. ou 9 h. un quart.

M. Godon se rallie à la proposition de MM. Poinsot et Dubois, et demande que les travaux de la Société soient réglés d'avance.

M. Meng. — A la Société de Biologie, les communications sont fixées à 10 minutes, on pourrait en faire autant.

M. Dubois. — Ce serait de l'obstructionisme. On pourrait réserver dans chaque séance une heure pour permettre aux membres de la Société, inscrits à ce sujet, de développer leurs idées sur la question à l'étude. Messieurs, je voulais, ce soir, vous faire une communication sur le traitement destructeur de la pulpe, ce serait un sujet d'étude générale, mais M. Godon désire vous entretenir, au contraire, du traitement conservateur.

M. Godon. — En Allemagne, depuis ces dernières années, il s'est fait une grande révolution dans le traitement des dents en général et de la pulpe dentaire en particulier, je voudrais appeler votre attention sur cette question et vous présenter quelques observations personnelles, aussi je voulais prier la Société de mettre à l'ordre du jour d'une séance ultérieure l'étude du traitement conservateur de la pulpe.

MM. Dubois et *Poinsot* pensent que les expériences faites à ce sujet sont récentes, peu connues et que peu de membres prendraient part aux débats.

M. Godon. — Messieurs, je crois devoir, dès maintenant, sou-

lever cette question dans nos réunions afin de ne pas nous trouver en retard sur nos confrères étrangers.

M. Chauvin. — Je m'associe à l'idée de M. Godon, je crois en effet que nous ne pouvons jusque maintenant nous appuyer seulement sur les théories, mais encore faut-il, si nous voulons faire des recherches, que les principes des expériences faites ailleurs, nous soient fournis.

La Société décide de mettre à l'ordre du jour la question suivante : Traitement conservateur de la pulpe.

II. — OBSERVATIONS SUR LES INJECTIONS SOUS GINGIVALES AVEC LA CHLORYDRATE DE COCAÏNE

M. Blocman fait sur l'emploi de la cocaïne comme agent anesthésique une communication (insérée dans le corps du journal.)

M. Poinsot demande à M. Blocman si l'acide phénique qu'il emploie est pur, l'acide du commerce renferme des substances étrangères et cause ainsi des eschares. L'acide phénique pur se présente à l'état neigeux.

M. Poinsot pense que la solution phéniquée à 2 o/o est trop concentrée.

M. Chauvin pense que l'acide phénique doit seulement avoir pour objet d'empêcher les moisissures des solutions de cocaïne, mais qu'il faut employer la dose minima.

M. Dubois rappelle que l'emploi de l'acide phénique en lavages, en vaporisations sur les plaies, provoque parfois des accidents locaux, à plus forte raison doit-on le redouter pour des injections dans l'intimité du tissu, où il séjourne, où il s'absorbe; il pense que l'adjonction de l'acide phénique au chlorydrate de cocaïne est nuisible.

M. Gillard. — Les eschares ne se rencontrent qu'à la voûte palatine et au côté lingual de la mâchoire inférieure, du moins c'est ce que j'ai toujours observé et cela tient sans doute au peu d'épaisseur de la gencive dans ces régions.

M. Blocman. — Dans les cas que j'ai signalés avec complications d'eschares, le siège était toujours à la partie interne de l'apophyse alvéolaire.

M. Chauvin. — Dans l'anesthésie des dents postérieures, il n'y a généralement pas d'eschares, la gencive est plus épaisse.

M. Godon met sur le compte de l'acide phénique ces accidents post-opératoires.

M. Chauvin demande si dans les cas de périostite aiguë, faisant partie des observations présentées à la société, la douleur a cessé.

M. Blocman. — Immédiatement, mais l'extraction a été très douloureuse et après quelques minutes il y a eu une crise violente.

M. Chauvin a eu à la clinique de l'école dentaire deux cas de périostite aiguë soulagés immédiatement par la cocaïne ; au bout de 20 minutes, lorsque les malades sont partis, l'anesthésie existait encore.

M. Gillard. — L'anesthésie ne dure guère plus d'un 1/4 d'heure.

M. Blocman. — Il n'est pas toujours nécessaire d'attendre 5 ou 6 minutes ; dans ma première observation, le Dr G., qui a subi deux anesthésies identiques, a été opéré la première fois à 6 minutes, la deuxième à 3 minutes et n'a absolument rien senti dans cette dernière extraction.

M. Godon. — L'absorption est d'autant plus rapide que les tissus sont plus sains. — Dans le cas présent, la circulation était normale.

M. Dubois. — La cocaïne exerce une action constrictive sur les vaisseaux, cela explique la cessation momentanée des douleurs dans la périostite aiguë, le périoste hyperhémié, tuméfié, comprimé entre la dent et l'alvéole est anémié à la suite de l'injection cocaïnée, de là, la diminution de la tuméfaction et des douleurs. On comprend que cela cause une accalmie passagère. C'est à l'expérience à montrer sa durée et les résultats définitifs de l'injection.

M. Blocman. — On peut comparer cette action à l'effet produit par la pression de deux dents antagonistes, l'une d'elle étant atteinte de périostite.

M. Dechaux. — L'absorption est plus ou moins parfaite suivant la densité des vaisseaux.

III. — TRAITEMENT CONSERVATEUR DE LA PULPE

M. Godon. — Messieurs, comme je vous l'annonçais au début de la séance, je veux appeler votre attention sur les travaux récents des dentistes allemands, sur le traitement convervateur de la pulpe dentaire.

Jusqu'ici nous voyons détruire les pulpes atteintes de la plus légère inflammation. Je sais bien qu'il y avait le coiffage, mais tel qu'il était pratiqué, s'il donnait quelques résultats satisfaisants, le plus souvent il était funeste pour l'organe.

De même que les anciens dentistes arrachaient presque toutes les dents, de même nous extirpons presque toutes les pulpes. On cherche maintenant à réagir contre cette manière d'opérer.

Un dentiste allemand, Witzel, a publié récemment un travail très intéressant sur le traitement conservateur de la pulpe, dont M. Heidé nous a fait connaître l'essentiel. Il nous indique les moyens de conserver cet organe dans nombre de cas, où jusque là il était condamné.

Au début, il enlevait la pulpe et conservait les filets nerveux radiculaires; depuis, la méthode s'est perfectionnée, elle est plus complète et plus scientifique. Nous voyons naître le traitement des affections de la pulpe, avec ses indications, ses contre-indications et des procédés opératoires bien établis que nous avons pu voir résumés dans les traductions parues dans les derniers numéros de l'*Odontologie*.

Nous connaissons les accidents occasionnés du côté du périoste alvéolo-dentaire par la décomposition de la pulpe, l'infection de

l'ivoire en décomposition, la présence des produits septiques qui en résultent sont, là encore, les causes principales de l'inflammation de la pulpe.

Le traitement antiseptique qui semble avoir raison de la périostite nous donnera les mêmes succès pour la conservation de la pulpe exposée pour la guérison de la pulpite. Pour cela il faut que toutes les parties d'ivoire altéré soient enlevées, et qu'on ne laisse en contact avec la pulpe que du tissu sain. Il ne faut pas craindre dans ces cas de mettre la pulpe à nu et même de la faire saigner. A la suite de cette légère hémorragie l'enflammation pulpaire se calme, la douleur disparaît et la pulpe peut être coiffée avec une préparation antiseptique, d'iodoforme par exemple.

Je pense également, que nous ne devons plus, comme autrefois, condamner toute pulpe qui saigne ; puisque, à l'aide d'un traitement spécial, on peut la conserver.

Depuis un mois et demi je n'ai détruit aucune pulpe et n'ai eu aucun accident consécutif. Nous avons vu pratiquer le même traitement à l'Ecole depuis le commencement de l'année avec le même succès. Les statistiques de Witzel montrent l'abaissement de la proportion des pulpes à détruire, comparativement à l'ancienne pratique.

Dans les cas où la destruction est indiquée il conserve souvent encore les prolongements radiculaires.

Nous devons donc travailler tous cette question, afin de profitet le plus possible de cette nouvelle méthode dans ce qu'elle peur avoir d'avantageux.

M. Lemerle. — Les formules des médicaments seront-elles publiées ?

MM. Godon et Chauvin font remarquer que les formules sont publiées mais qu'il est préférable de se servir tout d'abord des produits de l'auteur.

M. Gillard. — Il y a quelques années un nouveau diplômé de l'Ecole, venait préconiser devant vous, une poudre noire pour conserver l'antisepsie des canaux. Aujourd'hui, on reproduit le vieux procédé, avec une poudre blanche, et parce qu'elle vient de l'autre côté du Rhin, on la reçoit à bras ouverts.

M. Poinsot. — Comment voulez-vous reconnaître d'une façon exacte l'état des pulpes ? C'est un point des plus délicats. J'emploie un nouveau produit dans des cas semblables, je me propose de vous en parler prochainement.

M. Godon. — Je dirai à M. Gillard que je me sers de son procédé mais je n'emploie le charbon que pour obturer les canaux après destruction de la pulpe, tandis qu'avec le procédé Witzel on conserve vivant les filets vasculo nerveux qui, d'après lui, continuent à vivre sous le coiffage.

Je soutiens donc que les pulpes irritées, alors qu'il n'y a pas suppuration, peuvent être conservées. au lieu d'être détruites. Après les avoir débarrassé toutefois du voisinage de l'ivoire infecté, cause principale de leur irritation

MM. Blocman, Dubois, Gillard et Godon, discutent sur la façon dont la circulation peut se maintenir dans les vaisseaux des racines après l'ablation de la masse de la pulpe.

M. Dubois. — Je crois que M. Gillard à tort de voir dans le coiffage de la pulpe et dans l'obturation de la chambre avec le charbon des opérations semblables. M. Gillard demande au charbon d'absorber les gaz résultant de la décomposition de la pulpe mortifiée. Witzel prétend faire vivre sa pulpe même amputée sous son coiffage. Les tendances sont différentes, le procédé opératoire aussi.

Je crains que M. Godon ne soit devenu plus Witzelliste que Witzel lui-même. Il nous dit : que le traitement conservateur de la pulpe inflammée est applicable dans l'immense majorité des cas, et que depuis un mois et demi il n'a pas eu à détruire une pulpe. Il y a de quoi étonner. L'inventeur du coiffage, montre qu il y a des contre-indications formelles au traitement conservateur quand il y a eu pulpite aiguë avec insomnie par exemple. Et combien de fois cela s'est-il produit quand on vient nous trouver. D'après Witzel, le traitement conservateur de la pulpe exposée est surtout indiqué dans les cas d'exposition récente, ignorés du malade ou n'ayant provoqué que des douleurs faibles. On comprend alors le succès, en refaisant à la pulpe une paroi non irritante. Mais lorsqu'il y a eu altération anatomique, même limitée, il me semble fort difficile que la restitution *ab integra* s'opère. Je crois plutôt à une dégénérescence lente, à une atrophie reculant l'époque des complications que la mortification pulpaire engendre ; mais non à la conservation indéfinie. Comment? voici une dentine qui n'est plus innervée, son insensibité relative le prouve, la pulpe ne fera plus que sur des parties limitées sa fonction nourricière ; elle est elle-même malade et on suppose que cet organe, qui a subi de telles atteintes continuera à vivre après comme avant.

Même avec des services moins étendus que ceux qu'en espère M. Godon, la méthode Witzel me semble un progrès ; elle est digne de notre attention, de nos études. Ce que nous disons ce soir est un peu prématuré. Une discussion de ce genre doit avoir pour préambule la pratique et l'expérience., c'est aux faits à nous éclairer et je pense qu'elle serait beaucoup plus fructueuse, si beaucoup d'entre nous avaient derrière eux beaucoup d'observations et la sanction du temps pour appuyer les conclusions à en tirer.

M. de Lemos demande à M. Godon, s'il emploie les médicaments allemands.

M. Godon. — Je les emploie.

M. de Lemos. — Dans l'avant-dernière séance, vous vouliez connaître toutes les formules avant d'employer un médicament, vous êtes en contradiction avec vous-même.

M. Godon.—Je ne le crois pas. Je demandais qu'on nous indiquât la composition des médicaments qu'on nous présentait, mais ac-

tuellement c'est d'une nouvelle méthode de traitement qu'il s'agit, quant au médicament proprement dit, la composition en est donnée par l'auteur et on reste libre d'employer ses propres préparations ou de les faire préparer soi-même. Quoi qu'il en soit, nous sommes en présence d'une méthode qui, allemande ou non, n'en mérite pas moins d'attirer notre attention.

Etudions-là avec soin et venons à une prochaine séance nous communiquer les résultats de nos essais.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
Blocmann.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'INTERÈT PUBLIC ET LA RÉGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE

Par M. P. Dubois

Quel est, au point de vue de l'intérêt général, la solution à adopter à propos de l'exercice de l'art dentaire? La liberté, qui existe en France depuis un siècle, doit-elle être maintenue? Ou doit-on la supprimer? Telle est la question préalable, que nous jugeons nécessaire d'aborder à nouveau. Dans les études précédentes nous avons dû aller au plus pressé, ne parler que des questions secondaires, — la possibilité d'une discussion prochaine devant les Chambres y obligeait. Mais nous n'avons jamais perdu de vue l'idée essentielle, la défense de la liberté, dont notre association a constamment demandé le maintien.

La réglementation de la profession de dentiste ne pourrait se justifier que .

1° Si comme le médecin et le chirurgien, le dentiste pratiquait des opérations dangereuses pour la vie et la santé des personnes qui se confient à ses soins, si,le plus souvent, il était inférieur à sa tâche, incapahle de l'executer avec l'habileté et la connaissance nécessaires et qu'il y eut vraiment péril à laisser subsister un état de choses où les accidents sont nombreux et graves. S'il y avait impossibilité d'organiser,sans obligation légale, un enseignement préparant les jeunes dentistes à la pratique compétente de leur profession.

2° Dans le cas où il serait démontré que les dentistes peuvent organiser par leurs seules ressources, un enseignement professionnel,on doit se demander : s'il n'y aurait pas avantage pour la collectivité à leur en laisser la direction ; ou s'il est préférable de leur substituer l'administration ?

Nous examinerons successivement ces faces du problème :

1° ÉTAT ACTUEL DE LA PRATIQUE DE LA CHIRURGIE DENTAIRE SES DANGERS.

L'art du dentiste consiste actuellement en deux genres d'opérations principales :

Conserver les dents atteintes par la carie, en les obturant ;

Remplacer les dents absentes, découronnées pour lesquelles tout espoir de conservation est perdu. L'avulsion s'ajoute parfois aux opérations ci dessus, ainsi que l'enlèvement du tartre, l'application de topiques pour combattre certaines gingivites, etc.

La prothèse dentaire ne peut donner lieu à une réglementation. On n'a jamais prétendu que l'Etat avait à garantir la parfaite exécution des dents artificielles, pas plus que l'obturation des dents cariées, en tant qu'obturation proprement dite. C'est donc dans le traitement préalable de ces mêmes dents, c'est dans les opérations de petite chirurgie, avulsion des dents, nettoyage de la bouche, application de topiques, que se justifieraient les prescriptions légales.

Nous n'avons pour apprécier les motifs qui ont suggéré les projets en discussion, que le rapport de M. le docteur Gallard au Comité consultatif d'hygiène publique.

Il dit : « eux qui exercent la profession de dentiste se trouvent,
« par le fait, autorisés à manier les caustiques les plus énergiques
« et les poisons les plus dangereux, pour le pansement des dents
« malades, dont il n'y a pas lieu de pratiquer l'extraction. —
« C'est ainsi qu'on les voit employer journellement l'acide chro-
« mique, la teinture d'iode, le chlorure de zinc, l'arsenic, la mor-
« phine et le chlorure de mercure ou sublimé corrosif. ».

M. Gallard signale ainsi un danger possible, théorique en quelque sorte, mais sa thèse aurait été autrement convaincante, s'il avait pu l'appuyer par des exemples.

La teinture d'iode dans les mains des dentistes, a peut être fait bien des victimes, mais pourquoi ne pas en faire connaître le nombre ? Il y a déjà si longtemps que les dentistes manient ces caustiques énergiques, ces poisons dangereux, que cela doit être facile aux savants toxicologistes du Comité consultatif d'hygiene publique.

Il aurait été bon, pour légitimer la suppression de la liberté, de grouper des faits, de montrer preuves en mains qu'il y a vraiment péril à la laisser subsister ; qu'on n'est pas dupe de craintes imaginaires.

D'autant plus, qu'en dehors des dentistes, tout le monde n'est pas de l'avis de M. Gallard.

Paul Bert entre autres.

« Beaucoup de personnes pensent que le dentiste manie des
« substances dangereuses, des poisons. Je sais bien que vous em-
« ployez l'arsenic, mais à doses si minimes qu'en absorberait-on

« le double cela serait tout à fait inoffensif ; — au contraire, cer-
« tains prétendent que cela engraisse et donne le teint frais. —
« Mais, me dira-t-on, il y en a d'autres, l'acide phénique, le lau-
« danum, le beurre d'antimoine..., soit ! Mais vous vous en
« servez à des doses presque homéopathiques ou tout au moins
« vous employez ces poisons à si petites doses qu'ils ne présen-
« tent vraiment aucune espèce de danger entre vos mains. Ce ne
« sont pas là de bons arguments, c'est de la pure métaphysique. »

(Discours de Paul Bert à la cinquième séance d'inauguration de l'Ecole Dentaire de Paris. (*Odontologie*, novembre 1885, page 349.)

Nous souhaitons que le comité consultatif d'hygiène n'ait jamais à écarter des dangers plus graves, pour la vie humaine, pour la santé publique que ceux que le dentiste leur fait courir, et que des craintes d'ordre un peu moins métaphysique soient le sujet de ses délibérations.

L'extraction des dents et les opérations de petite chirurgie que nous pratiquons ont été aussi invoquées pour justifier la réglementation. M. Gallard n'en a parlé qu'en passant, il dit qu'elle constitue souvent une opération d'une extrême gravité. A la vérité, des hémorrhagies, des fractures du bord alvéolaire et même du maxillaire, peuvent en résulter. Mais ces accidents sont plus souvent causés par le médecin qui pratique occasionnellement l'extraction que par le dentiste, fût-il tout à fait « ignorant des choses de la médecine. » Cela est connu de tout le monde, et des médecins eux-mêmes, qui se refusent le plus souvent à cette opération, et ne l'exécutent qu'à leur corps défendant.

Il en découle qu'au point de vue de l'hygiène publique, si on veut prévenir législativement les hémorragies, se garantir contre les fractures du bord alvéolaire, on devrait interdire au médecin l'extraction et non au dentiste, qui l'exécute le plus souvent avec le minimum de désordres.

Enfin la réglementation a été surtout défendue à cause de l'anesthésie. Sans le cas mortel qui s'est produit en 1885, le projet de loi actuel n'aurait peut-être pas vu le jour, car il est le motif de la demande d'avis faite par M. le ministre du commerce.

Nous reconnaissons que l'anesthésie générale n'est pas une opération du genre de celles qui nous sont familières et que pour la pratiquer, on peut demander des garanties.

Toutefois, nous ferons remarquer, que le jugement, épilogue de cette affaire, montre que la loi et les tribunaux ne sont pas désarmés à cet égard.

Mais enfin, si l'on veut, dans la loi sur l'exercice de la médecine, insérer une défense expresse pour cette opération, nous n'y voyons aucun inconvénient.

Les dentistes soucieux de leur responsabilité ne pratiquent jamais seuls l'anesthésie générale. Ils en ont toujours reconnu le

danger, et répudient toute solidarité avec ceux de leurs confrères qui exploitent la crédulité du public sur ce point.

L'anesthésie est enseignée théoriquement à l'Ecole dentaire des Paris, à titre de connaissance accessoire. Lorsqu'on y a recours, elle s'exécute sous la direction du Dr Aubeau, professeur. La technique de l'extraction étant quelque peu différente lorsqu'il y a sommeil anesthésique ou non, nous devons préparer nos élèves à ce genre d'opérations; mais en laissant de côté les indications et les contre-indications, le manuel opératoire de l'anesthésie proprement dite.

Nous renonçons en fait à pratiquer l'anesthésie et il ne nous en coûterait nullement de voir inscrit dans une loi sur l'exercice de la médecine qu'elle nous est interdite.

Cette opération grave écartée, on voit que la pratique de la chirurgie dentaire courante est d'une nature spéciale, bien particulière, que des analogies et quelques points communs rattachent aux sciences médicales; mais que pratiquement, elle est sans dangers sérieux pour la vie et la santé du malade. Cela n'est pas une vue de l'esprit, mais bien une vérité expérimentale s'appuyant sur un ordre de choses quasi-séculaire.

Paul Bert était de cet avis et il proclamait la liberté satisfaisante pour tous ceux qui examinent pratiquement la question.

Mon sentiment c'est qu'on vous a couvert de fleurs pour vous conduire à l'autel. On a exagéré l'importance de votre cas afin d'exagerer les garanties. (Loc. cit p. 349.)

Non ! la pratique libre n'a pas causé d'accidents nombreux et graves et pourtant elle s'est exercée pendant ces trois derniers quarts de siècle dans les conditions les plus propres à les produire Une clef Garengeot, quelques élévateurs, quelques pinces informes composaient tout l'arsenal de nos devanciers. Pour le public le casque, le tambour et la grande voiture répondaient à tout. Le dentiste à domicile permanent des grandes villes, n'avait pas un bagage professionnel, une préparation scientifique beaucoup plus étendus. Il ne possédait pas la moindre notion sur l'anatomie de la dent, sur les parties associées, sur la pathologie et la thérapeutique spéciales. L'extraction, la confection des dents artificielles, le foulage imparfait d'un peu d'amalgame constituaient toute sa besogne. Cet amalgame sortait parfois de la cavité avant que le patient eût quitté sa maison, ou bien il était obligé de l'enlever lui-même le lendemain par ce qu'il avait bouché une dent à pulpe malade ou détruite. Des pulpites, des périostites intenses se produisaient, mais comme le *baume d acier* en avait raison tout rentrait dans l'ordre aussitôt qu'on avait une dent de moins.

Sous l'influence de la concurrence, par l'heureuse nécessité du progrès, qui dans notre société, s impose à tout ce qui veut vivre et se développer, les dentistes qu'ignoraient la loi et les pouvoirs publics secouèrent leur torpeur, réunirent des ressources suffisantes pour doter leur corporation et leur pays d'un établissement d'en-

seignement supérieur, donnant aux praticiens actuels, à ceux qui suivront, les connaissances suffisantes pour pouvoir lut[illegible]r ac avantages ou au moins à armes égales contre leurs concurrents exotiques.

Au point de vue théorique, les praticiens formés à eettc école ont une somme de connaissances égale à celle qu'une réglementation pourrait raisonnablement demander. — Dans les pays où elle existe on ne demande pas autant. Au point de vue pratique nous sommes beaucoup plus sévères, que ne le serait un jury de médecins. Quoi qu'il en soit, il est évident qu'ils offrent d'autres garanties que leurs devanciers et si ceux là ont pu, tant bien que mal, satisfaire aux services qu'on réclame d'un dentiste, on peut dire *a fortiori* que ceux-ci y seront mieux préparés, ne feront pas naître les critiques adressées à ceux qui les ont précédés dans la carrière.

Mais, dira-t-on, sans la contrainte de la loi, une élite passera peut-être par vos écoles, tandis que la masse s'y soustraira, fera du charlatanisme et on aura ainsi, dans la plupart des cas, un praticien insuffisamment préparé à l'exercice professionnel ?

L'examen des faits montre encore que cette crainte est vaine.

Le malade ne peut que rarement juger son médecin, il peut le plus souvent apprécier son dentiste. Avec le médecin le résultat n'est pas tangible, on lui demande des miracles et on s'étonne que sa science ne lui ait pas donné la possibilité d'en faire. La besogne plus modeste du dentiste rend plus faciles les jugements sur la valeur des soins qu'il donne. Est-il habituellement heureux en exécutant les extractions, les obturations qu'il fait tiennent-elles longtemps ? les dents qu'il traite sont-elles parfaitement guéries ? les appareils qu'il pose assurent-ils les actes physiologiques auxquels ils coopèrent. Voilà ce qui se sait bien rapidement, et assure au praticien une clientèle. Cela est prouvé par les succès rapides de nos diplômés établis récemment dans les villes de province et à l'étranger. On peut prédire à coup sûr qu'avant peu il sera impossible de vivre de la profession de dentiste, si on ne l'aborde avec des garanties de savoir suffisantes.

Sur 1.500 dentistes qui pratiquent actuellement en France, près de 300 ont passé par les écoles de médecine, ou les écoles dentaires spéciales. Avant quelques années, ce nombre sera doublé triplé. Il y a huit ans, le nombre total des dentistes étaient sensiblement le même que maintenant et parmi eux on n'aurait pas compté plus d'une vingtaine de gradués en médecine et un nombre égal de diplômés d'écoles étrangères. On voit donc que la force des choses impose aux dentistes une préparation sérieuse à l'exercice professionnel. L'action de l'État n'ajouterait que peu à la force de ce mouvement. Mais elle le ferait dévier ; au lieu d'une réforme respectant les transitions, les besoins différents, les situations spéciales s'adaptant avec souplesse selon les cas et les circonstances, on aurait une règle uniforme, rigide.

Puisque la réglementation se fait toute seule, il vaut mieux la

laisser s'accomplir spontanément, sans faire intervenir la nécessité suprême : La Loi.

L'ART DENTAIRE EN ALLEMAGNE.

Dans l'étude que nous avons faite dans le n° d'octobre de l'*Odontologie*, sur les projets de réforme de l'Art Dentaire en Belgique, nous avons rectifié les affirmations des auteurs du rapport, sur l'exercice de l'Art Dentaire en Allemagne.

Nous recevons d'un de nos correspondants une lettre qui vient confirmer et compléter ce que nous avons avancé, comme le prouvent les extraits suivants que nous sommes heureux de publier.

Les dentistes sont désignés en Allemagne sous les trois titres suivants :

Zahnarzt : médecin dentiste ;
Zahnkünstler : dentiste-artiste ;
Zahntechniker : dentiste technicien.

Ces deux dernières appellations correspondent à la dénomination française de mécanicien-dentiste. « De par la loi de 1869, l'art mé- » dical et l'art dentaire sont libres dans toute l'Allemagne ; » donc un cordonnier ou un forgeron, etc., peut soigner toutes les maladies générales ou locales ; mais il le fait à ses risques et périls, et peut avoir à répondre devant la justice en cas d'accident. Mais si l'exercice est libre on ne peut prendre le titre de médecin ou un titre semblable, si on n'y est autorisé par la possession d'un diplôme d'Etat. Le praticien non diplômé peut donc tout faire, à condition de ne pas usurper de titre.

Le Zahnkünstler est généralement un ancien mécanicien dentiste qui s'est établi, grâce aux facilités accordées par la loi.

Le médecin dentiste (Zahnarzt) doit avoir d'abord étudié sept années dans un gymnase (équivalant au lycée français), puis deux années dans une université de médecine, et finalement subir un examen portant sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique générales et spéciales ; au point de vue pratique on lui demande : de monter quelques dents, de démontrer l'emploi des instruments, diagnostiquer les maladies de la bouche et des dents.

Jusqu'ici les *Zahnkünstler ont jouit de la faveur du public* ; ils sont au nombre de plus de 1500 ; les Zahnarzt sont 550 environ. L'insuffisance du savoir pratique des Zahnarzt leur a fait sentir la nécessité d'ecoles spéciales, il en a éte créé une à Berlin depuis trois ans et une autre à Leipzig. Ces écoles ne donnent aucun diplôme, elles préparent seulement à l'examen dont j'ai parlé plus haut.

Les Zahnarzt mécontents du succès de leurs confrères non diplômés, font tous leurs efforts pour obtenir l'abrogation de la liberté d'exercice.

Comme on le voit par ces renseignements qui nous sont fournis par une personne en état d'être exactement renseignée, la plupart de ceux qui se sont occupés des conditions de l'exercice l'art dentaire à l'étranger, ont fait confusion sur la situation des dentistes en Allemagne. Elle se résume donc en ceci. Pratique libre, diplôme d'Etat facultatif.

C'est ce que nous avons déjà affirmé à plusieurs reprises.

Il y a là une solution très ingénieuse et très libérale de la question si controversée des conditions d'exercice de notre art.

Elle permet à l'Etat, sans supprimer la liberté d'exercice, de créer des praticiens qui possèdent les garanties qu'il croit nécessaires d'exiger. Le public reste également libre d'accorder sa confiance aux diplômés de l'Etat ou à ceux qui ne le sont pas. Il en résulte une concurrence et une émulation tout à son avantage. Plusieurs professions en France, sont, du reste, régies ainsi, tels que les architectes, les ingénieurs, les vétérinaires, etc., etc. Cependant si nous reconnaissons à cette solution certains avantages, c'est en la comparant aux diverses règlementations proposées, et en la considérant comme un maximum de règlementation de l'Etat ; mais la liberté d'exercice dont nous sommes les défenseurs convaincus, nous paraît à tous égards bien préférable et si nous avons cité cette solution, c'est afin de montrer à nos législateurs que ce n'est pas se montrer trop exigeant que de réclamer un peu *plus de liberté qu'en Allemagne.*

Ch. Godon.

VARIA

DOCUMENTS SUR L'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE

Les Dents de Louis XIV, par le docteur Th. David.

Au cours de certaines recherches sur les origines de notre art, nous avons été conduits à étudier les souffrances dentaires dont furent atteints quelques-uns de nos souverains. Nous possédons, à ce point de vue, sur Louis XIV (1638-1715), des détails circonstanciés qui ne manquent pas d'intérêt.

Certes, il ne faudrait point s'attendre à trouver ici l'histoire dentaire du grand roi ! Cousinot, Vaultier, ses médecins avant Vallot, et Vallot lui-même, n'ont rien fait sur les dents du jeune monarque. La première mention du mauvais état de ses dents est de d'Aquin, et date de l'année 1676. Or, Louis XIV avait à cette époque trente-huit ans ; il avait donc traversé la période pendant laquelle le système dentaire occasionne le plus de souffrances. Rappelons qu'il était né avec des dents, ce qui fut généralement considéré comme l'heureux présage de son glorieux règne.

Un de ses médecins, d'Aquin, nous a appris que Louis XIV

avait de mauvaises dents ; il les perdit même toutes à la mâchoire supérieure ; ce mauvais état des dents ne fut pas sans influence sur sa vie pathologique. Louis XIV fut, en effet, tourmenté pendant toute son existence par des indigestions, des vapeurs, menaces d'apoplexie ; il mangeait énormément, très vite, sans mâcher, avalant des truffes entières, de grandes quantités de pois et beaucoup de gros morceaux d'artichauts rendus dans les selles sans être digérés, comme on pouvait s'en assurer les jours d'indigestion. Néanmoins, ses historiens et ses médecins ont peu insisté sur cette cause de maladie, la carie dentaire, sauf dans quatre ou cinq circonstances qui firent époque, une entre autres, en 1685. Voici la relation que nous avons trouvée de ces accidents dans l'ouvrage de M. Le Roy.

Remarques pour l'année 1676 : douleurs de carie. — La campagne du roi (campagne de Flandre 1676), se passa avec toute la santé que nous pouvions désirer à Sa Majesté, quoique les fatigues de la guerre ne fussent pas petites et que le sommeil fût souvent interrompu jusques à passer plusieurs nuits sans dormir, et s'exposer tous les jours à des ardeurs de soleil si violentes, que j'en appréhendais beaucoup une fièvre considérable, de quoi nous avons été heureusement garantis, n'en ayant remarqué aucune incommodité à Sa Majesté que des douleurs de dents assez opiniâtres, par une forte fluxion de son cerveau sur ces parties ; et quelques glaires et mucosités qui paraissaient dans ses selles et souvent couvraient ses excréments, fort bien conditionnés, souvent aussi sortaient toutes seules, sans aucun sang et sans aucune douleur, qui ne venaient d'autres causes que de la quantité de crudités que la vie déréglée de la guerre, en troublant et diminuant la force de la digestion de son estomac, lui produisait chaque jour. En effet, après la campagne, Sa Majesté, jouissant d'un plus grand repos, s'est vue entièrement garantie de cette incommodité.

Sa douleur de dents s'est trouvée un peu plus opiniâtre, les ayant naturellement fort mauvaises. Souvent, l'essence de girofle lui en a apaisé la douleur, et quelquefois celle de thym ; mais comme elle est trop forte elle brûle la bouche et excite l'envie de vomir, et il ne faut s'en servir que dans l'extrémité de la douleur.

Signé : D'Aquin.

Remarques pour l'année 1678 : abcès. — Au mois de septembre, le roi allant continuellement à la chasse dans les grandes ardeurs du soleil fut incommodé de quelques douleurs de dents, auxquelles il est sujet ; même la joue droite et la gencive s'enflèrent, et l'abcès ayant suppuré intérieurement par l'usage d'un cataplasme fait de mie de pain et de lait, il fut ouvert avec la lancette d'où il sortit du pus, et la douleur cessa avec la tumeur.

Signé d'Aquin.

Remarques pour l'année 1685 : carie du maxillaire supérieur et perforation du sinus consécutives à des extractions de dents. Cautérisations répetées au fer rouge. — Le roi continua, les premiers jours de cette année, l'usage de son liniment pour la légère douleur de son bras droit, laquelle étant quasiment entièrement passée, il cessa l'usage de ce remède pour jouir pleinement de sa santé dans le commencement de cette année à laquelle il n'y aurait eu rien à souhaiter, si la mauvaise disposition de sa mâchoire supérieure au côté gauche, dont toutes les dents auraient été arrachées, ne l'eût obligé de remédier à un trou de cette mâchoire qui, toutes les fois qu'il buvait ou se gargarisait, portait l'eau de sa bouche dans le nez, d'ou elle coulait comme une fontaine. Ce trou s'était fait par l'éclatement de la mâchoire arrachée avec les dents, qui s'était enfin cariée et causait quelquefois quelqu'écoulement de sanie de mauvaise odeur, d'autant plus qu'il n'était possible de reboucher ce trou que par l'augmentation de la gencive, et qu'elle ne se pouvait reproduire que sur un bon fond, c'est-à-dire en guérissant la carie de l'os de la mâchoire quelque profond qu'il pût être. Les avis de M. Félix (Félix de Tassy, premier chirurgien du roi), et de M. Dubois(1) furent soutenus du mien, qu'il n'y avait que le feu actuel capable de satisfaire aux besoins de ce mal. Pour cet effet, le roi y étant résolu, l'on fit faire des cautères de grosseur et de longueur convenables pour remplir et brûler tous les bords aussi profondément que la carie le demandait. Le 10 janvier, on y appliqua quatorze fois le bouton de feu dont M. Dubois qui l'appliquait paraissait plus las que le roi qui le souffrait, tant sa force et sa constance sont inébranlables dans les choses nécessaires quand il s'y est déterminé.

Après cette application du feu, nous lui conseillâmes, trois ou quatre fois le jour, de faire passer de la bouche par le nez une liqueur ou gargarisme composé d'un quart d'esprit de vin, autant d'une eau vulnéraire distillée, et moitié d'eau de fleurs d'oranger, pour résister à la pourriture, faciliter la chute des eschares, et avancer la régénération de la gencive, par laquelle seule on pouvait espérer de boucher le passage dont une partie se trouve naturelle à tous les hommes pour le commerce de quelques petits vaisseaux qui fournissent de la nourriture aux dents et à la mâchoire où ce canal se porte de l'os cribleux, et dont l'autre partie s'était faite en arrachant les dents, par la violence, et fermait la communication de la bouche à ce petit canal naturel. Ce qui nous obligea, sitôt que nous vîmes toutes les eschares tombées et les chairs qui commençaient à revenir, de prier le roi

(1) Dubois fut dentiste du roi de 1676 à 1708 ; c'est le seul dont il soit fait mention dans tout cet ouvrage. Les autres dentistes de Louis XIV furent, jusqu'en 1669, probablement Dupont, qui l'était de Louis XIII ; de 1669 à 1676, François Lebert, et de 1708 à 171? Amand Forgeron.

de ne plus forcer le passage et de ne pousser rien plus de la bouche par le nez, et de laisser revenir les chairs sans les contraindre. Mais ce ne fut qu'après avoir appliqué le cautère par trois fois, le 1er de février, pour plus grande sûreté, et ce ne fut pas sans raison que la carie nous parut entièrement guérie.

Depuis ce temps, les chairs se sont engendrées si abondantes et si solides, que le trou de la mâchoire, est entièrement rebouché, et qu'il ne se trouve plus aucun passage pour porter l'eau de la bouche par le nez.

Cette guérison, était assez de conséquence pour donner de la joie à S. M. et nous faire ressentir tout le plaisir que nous en pouvions goûter ; mais il lui succéda incontinent après un accident fâcheux qui a longtemps inquiété le roi, c'est-à-dire une odeur forte, et quasi cadévéreuse dans les mucosités qu'il mouchait, qui lui donnait non moins d'inquiétude par elle-même, que par la difficulté, ou pour mieux dire l'impossibilité d'en ôter la cause, qui nous faisait craindre être quelque carie ou ulcère dans l'os cribleux ou les mucosités du nez et de quelques glandes voisines venant à séjourner, par le mélange de quelques ichorosités corrompus, contractaient la mauvaise odeur dont S. M. se plaignait. Mais comme cet accident n'était point continu, et que souvent il ne paraissait que de loin en loin, je n'ai pu me persuader qu'il eût une cause fixe et permanente, et j'ai pensé que ce n'était que l'effet d'un plus long séjour que ces mucosités faisaient quelquefois dans ces parties encore échauffées de tous les cautères que l'on y avait appliqués, et qu'à la longue du temps cette mauvaise odeur se passerait : ce qui est arrivé heureusement, comme je me l'étais promis sur la fin de l'année.

Signé : D'AQUIN.

Cette histoire d'un abcès dans le sinus fit assurément beaucoup moins de bruit que celle de la fistule anale, qui était cependant une affection moins grave. D'Aquin nous laisse entrevoir par les détails de son observation quels durent être les douleurs, les ennuis du roi pendant toute une année : d'abord la carie dentaire, puis l'osteite consécutive à l'extraction, l'inflammation du sinus, la mauvaise odeur de la suppuration et de l'haleine : les cautérisations répétées avec le fer rouge; puis après la fermeture de la fistule la mauvaise odeur nasale déterminée par la stagnation du pus dans le sinus, dont l'inflammation ne disparut qu'à la fin de l'année. Il y avait là de quoi laisser la patience du grand roi, aussi d'aucuns prétentent même qu'il faudrait attribuer à cette affection buccale grave le mauvais état d'esprit de Louis XIV, qui fit signer à cette époque là révocation de l'édit de Nantes. (Novembre 1885).

Remarquons pour l'année 1696.

Fluxion dentaire. — Le samedi 12 du mois de mai, le roi ayant beaucoup marché et se trouvant las, se découvrit la nuit, qui fut chaude.

Le dimanche matin, il se sentit le corps brisé, le visage en feu des douleurs passagères partout accompagnées de vapeurs, il n'eut point d'appétit à dîner ; il eut le pouls inégal tout le jour, et un peu de fièvre jusqu'au soir. Il se couvrit, suivant mon conseil, la nuit du dimanche au lundi ; sua beaucoup d'une sueur qui marquait son linge de jaune, dormit bien et se réveilla sans fièvre Il sua encore deux fois dans la matinée, eut bon aspétit, ne mangea guère, et passa la nuit couvert et tranquillement.

Cependant, ce qui avait été renfermé par la transpiration supprimée, la nuit que le roi avait passée découvert, n'étant pas absolument dissipé, une fluxion se jeta sur la joue droite du roi, et l'enfla beaucoup à l'endroit des glandes maxillaires.

Mardi 15 mai, à Marly après dîner, le roi ayant travaillé avec M. de Pontchartrain, et encore plus le soir, au retour de la promenade, eut des vapeurs, des lassitudes et de la fièvre, la joue rouge et fort enflée. La nuit s'étant passée sans sommeil, le roi garda le lit le matin du mercredi. Il dormit depuis midi jusqu'à deux heures et demie. Il se réveilla sans fièvre : mais la tumeur augmenta le soir et la nuit fut fort agitée et le pouls du roi assez agité le matin pour connaître qu'il y avait eu de la fièvre pendant la nuit, ce que je n'avis pu observer, parce qu'il ne me voulut pas permettre de veiller dans sa chambre. Il demeura au lit le matin du jeudi pour la messe et pour le conseil : se leva pour diner en particulier : ne sortit pas après diner : soupa peu et passa mieux la nuit, parce que l'humeur de la fluxion éleva l'épiderme, et suinla un peu, ce qui en diminua la douleur et la tension. Mais le roi ayant voulu sortir dès le vendredi pour aller à la messe et se promener, la rougeur s'éteignit et la tumeur se durcit avec un renouvellement de douleur, qui rendit la nuit inquiète et presque sans sommeil, avec de l'agitation au pouls, ce qui obligea S. M. d'entendre la messe dans son lit où, ayant dormi environ une heure et demie couverte, elle sua assez abondamment. Aussitôt la tumeur s'amoiit, la douleur se calma, et le roi se trouva en état de retourner à Versailles, où il dormit tranquillement la nuit du samedi au dimanche, pendant laquelle ayant été couvert il sua suffisamment pour tellement désenfler la joue du malade, que le lundi suivant, après une bonne nuit, la tumeur disparut entièrement.

Signé : FAGON

Remarques pour l'année 1707 : Periostite. Le roi ayant un peu tourmenté le chicot d'une dent d'en bas, dont la pointe l'incommodait pour tâcher de la tirer et ne l'ayant pu faire qu'avec trop de peine, la laissa : mais le soir, il y sentit de la douleur et de la dureté et le matin, il y parut de la rougeur qui s'augmenta et la tumeur avec elle. Elles gagnèrent ensemble tout le tour de la mâchoire inférieure où se ferme le menton, avec une dureté assez considérable. Ce qui fut accompagnés de douleur et de pesanteur au derrière de la tête, au col, à l'épaule gauche, au bras

droit vers l'articulation de l'épaule, et un peu de mal de gorge. L'ébranlement du chicot avait donné occasion au mouvement de l'humeur qui se répandait sur tous les endroits où S. M. sentait de la douleur. Mais la petite émotion de goutte, trop tôt disparue, m'inquiétait et me faisait craindre un reflex d'humeur de goutte vers les parties supérieurs où elle faisait déja la mentagre, causait les autres sentiments de la douleur au col, aux épaules, etc, et pouvait faire pis. Mais le roi s'étant relevé le nuit, un peu après une heure, pour faire une grande selle mêlée d'humeurs écumantes et ayant sué considérablement le reste de la nuit, étant bien couvert comme je l'avais pressé de l'être, à son réveil la rougeur parut amortie, la tumeur amollie, et la douleur de la tête, du col, des épaules et des bras diminuée.

Le mercredi suivant, 16 du mois (Mars) le roi se fit tirer le chicot qui sortit presque sans douleur, et tous les accidents cessèrent. — *Signé* FAGON

(*Union Medicale*)

REVUE DE THERAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DES HUILES MINÉRALES EN INJECTIONS HYPODERMIQUES ET EN CHIRURGIE POUR LES PANSEMENTS.

Nous ne saurions trop attirer l'attention du corps médical sur l'emploi des huiles minérales blanches en injections sous-cutanées et sur les nouvelles applications qui viennent d'en être faites en thérapeutique par MM. les docteurs Balzer, Albin, Meunier, Dujardin-Beaumetz, Besnier, Greilety, etc., tout le monde connaît aujourd'hui les expériences et les résultats obtenus par ces premiers expérimentateurs.

Nous signalerons seulement combien les applications de ces huiles minérales peuvent être nombreuses en médecine et en chirurgie en indiquant le grand nombre de substances médicinales qu'elles peuvent dissoudre : Eucalyptol, phénol, iode, iodoforme, chloroforme, camphre, menthol, terpinol, thymol, eugénol, térébenthine pure, benzine, héllénol, sulfure de carbone, hydrogène sulfuré, kosine, chlorure de camphre, les essences de cubèbe, santal, thym, encalyptus, copahu, cannelle, térébenthine, etc., la plupart des alcaloïdes végétaux : aconitine cristallisée, morphine, çocaïne, digitaline, quinine, et bien d'autres substances. — Ce sera à la clinique à indiquer ceux de tous ces médicaments qui pourront être utilisés sous cette nouvelle forme pharmaceutique et à quelle dose journalière ils devront être administrés. Grâce à la rapide diffusion de ces liquides on peut, d'après M. Albin Meunier, actuellement injecter sous la peau, même à fortes doses, un très grand nombre de substances actives.

Ce qui nous intéresse surtout aujourd'hui c'est de connaître exactement la nature, la pureté du véhicule employé et le nom qu'on doit donner à ces carbures d'hydrogène.

M. Dujardin-Beaumetz, dans un brillant article (1), comme en publie si souvent le savant professeur, a exposé sur ce sujet les expériences personnelles qu'il a entreprises dans son service à l'hôpital Cochin; l'important rapport fait au nom de la section de pharmacie, par M. Bocquillon, à la Société de médecine pratique et les faits communiqués à la même société par M. le Dr Ley et par M. Lancelot, l'un des grands fabricants des vaselines en France.

M. Dujardin-Beaumetz conclut, tout en reconnaissant que la dénomination de *Vaseline liquide* est impropre, qu'il faut la conserver en ajoutant le mot *Médicinale. Vaseline liquide* médicinale désignerait donc les huiles minérales qu'on doit employer en pharmacie.

Nous ne partageons pas cette manière de voir. En 1881 alors que ces huiles minérales étaient à peine usitées en médecine nous avions eu l'intention, avec mon regretté ami Henninger et M. Le Bel d'utiliser et de rectifier pour l'usage médical les huiles provenant des mines d'asphalte de Pechelbronn, en Alsace, dont M. Le Bel est propriétaire. Nous avions proposé de les appeler *carburine liquide* expression qui indique parfaitement l'origine de ces carbures d'hydrogène. Nous abandonnerions volontiers notre marque, si nous pensions, en les désignant ainsi avoir toujours des produits purs; mais la question ne serait pas pour cela résolue, on ne continuerait pas moins à vendre sous ce nom toutes espèces de produits.

Nous savons très bien qu'en n'acceptant pas le nom d'*Oléo-naphtine* qui cependant désigne bien la nature de cette substance, (qui est l'huile lourde de Naphte), nom proposé par M. Lancelot, on a voulu éviter de spécialiser une marque.

Pour notre part nous n'y trouvons aucun inconvénient. Car enfin nous sommes en France et non en Allemagne ou en Russie. Où sont les fabricants français? Combien sont-ils? Quels sont ceux qui se plaindront du nom d'Oléo-Naphtine? En l'acceptant nous éviterions d'ouvrir la porte, ainsi qu'on l'a fait pour les alcaloïdes et les vaselines aux falsifications allemandes ou autres.

Nous avons la manie en France d'aller toujours chercher, pour payer quelques sous de moins, nos produits à l'etranger. — Les remarquables travaux physiologiques de notre distingué maître M. Laborde sur : l'aconitine, la digitaline, la quinine, la narcéine, etc. ne nous ont-ils pas suffisamment édifiés sur la valeur de ces alcaloïdes.

D'un autre côté, sous le nom impropre de vaseline nos droguistes, toujours pour avoir du bon marché, depuis quelques années livrent aux pharmaciens des quantités considérables de graines étrangères durcies par de la paraffine ou de la cérésinne, les termes *huile de vaseline* ou *vaseline liquide médicinale* présentent le même inconvénient ; car ils sont donnés à des huiles minerales blanchies à l'acide sulfurique et désinfectées, qui n'ont ni l'origine, ni la composition chimique de la vaseline. — Appelons donc les choses par leur nom. — Voici une nouvelle méthode, conservons le nom nouveau d'Oléo-naphtine, les étrangers, nous vendront leurs huiles minérales brutes, nous les purifierons et chacun y trouvera son compte.

Nous avons préparé une série de solutions avec diverses huiles minérales; de toutes, c'est l'Oléo-Naphtine qui nous a donné les meilleurs résultats. Cette huile, en effet, d'une densité de 900, d'une pureté, d'une neutralité absolue, présente tous les caractères nécessai-

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 15 février 1887.

res pour servir de véhicule aux substances médicamenteuses qu'on veut introduire sous la peau. Avec elle pas d'odeur, grande tolérance, rapide diffusion, dissolution facile des alcaloïdes qu'on peut augmenter beaucoup en chauffant très légèrement. Enfin on n'a pas à craindre les phlegmons et les accidents inflammatoires dont parle M. Dujardin-Beaumetz. — Grâce à sa densité, on obtient d'excellents mélanges avec le calomel (Dr Balzer), l'oxyde jaune de mercure (Dr Grellety) etc. Nous ajouterons que les sels d'alcaloïdes étant presque insolubles, nous avons néanmoins pu obtenir, en broyant avec soin, des mélanges suffisamment divisés avec le chlorhydrate de morphine et le chlorhydrate de cocaïne etc. pour être injectés sans inconvénient sous la peau.

Pour MM. les Médecins nous préparons, en ayant soin de stériliser tous les objets qui servent à la préparation des petits tubes, contenant un ou plusieurs grammes de solution à dose déterminée, des différents alcaloïdes. Ainsi pour la cocaïne, si souvent employée aujourd'hui par MM. les dentistes, nous avons préparé sur la demande de M. Poinsot, professeur à l'Ecole dentaire libre de Paris, des tubes renfermant pour un gramme d'Oléo-naphtine cinq centigrammes de cocaïne.

En résumé, nous ne craignons pas de demander aux médecins de désigner, l'huile minérale médicinale, sous le nom d'Oléo-Naphtine.

Vigier.

Dans son numéro du 15 avril, le *Bulletin général de Thérapeutique*, M. Adrian parle à nouveau de ce produit.

Le distingué pharmacien établit d'après les données de l'analyse chimique et de la pharmacopée allemande, — dont M. Boymond a fait connaître les indications — et celles de M. Bardet, les caractères de la vaseline liquide.

Il discute les noms multiples qu'on lui a donnée et propose de lui laisser celui d'*huile minérale lourde* en y ajoutant la terminaison *médicinale* afin d'indiquer qu'on exige autre chose que les vaselines liquides du commerce.

« En résumé, l'huile lourde minérale pour être acceptée comme propre aux usages médicaux, doit être incolore non fluorescente, inodore, insapide et d'une réaction parfaitement neutre; sa densité doit être comprise entre 875 et 890. Chauffée à 50 degrés, elle ne doit dégager aucune odeur de pétrole; distillée, elle ne doit laisser passer aucun produit avant la température de 360 degrés centigrades. En outre, l'huile lourde médicinale ne doit renfermer aucune substance paraffinoïde, elle ne doit ni se troubler, ni se congeler par refroidissement à 15° centigrades.

Traitée à chaud par l'alcool, l'huile ne doit pas communiquer de réaction acide à cet agent. Le battage avec l'acide sulfurique suivi du maintien au bain-marie pendant 24 heures avec agitation fréquente doit seulement donner à l'huile une coloration légèrement brune. »

LA DRUMINE, ALCALOÏDE ANESTHÉSIQUE

Le docteur John Reid a donné le nom de Drumine à un alcaloïde qu'il a extrait de l'Euphorbia Drumondii (Boissier), euphorbiacée d'Australie, et dans lequel il a constaté des propriétés anesthésiques tout à fait semblables à celles de la cocaïne. Dans l'Australie méridionale cette plante est réputée fatale aux bestiaux, qui meurent avec

paralysie des extrémités dans un espace variant de vingt-quatre heures à sept jours, l'action de la plante est d'autant plus énergique qu'elle renferme plus de suc. La drumine a été obtenue en traitant la plante par l'alcool, distillant. ajoutant un excès d'ammoniaque, filtrant, dissolvant le résidu dans l'acide chlorhydrique étendu, filtrant sur le charbon animal et évaporant. Le chlorydrate de drumine cristallise en disques ou rosaces avec fissures rayonnées. Il est facilement soluble dans l'eau et dans le chloroforme, et presque insoluble dans l'éther. L'anesthésie est produite sur la langue, les narines et la main par l'application d'une solution de 4 pour 100. La saveur de la quinine est même dissimulée sur la langue. L'emploi en injections hypodermiques a procuré un soulagement immédiat dans des cas de sciatique chronique et d'entorses douloureuse.

D'après le docteur J. Reid, on doit considérer la drumine comme un agent paralysant, nettement efficace, des nerfs sensitifs, sans excitation préliminaire, pouvant être administré sans danger.

(*Pharmaceutical Journal,* 25 décembre 1886. *Arch. pharm.*)

ESSAI DES COCAÏNES

On a souvent incriminé l'impureté de la cocaïne, et pensé que cela était une cause des accidents observés. Nous donnons ci-dessous un moyen facile de contrôler la valeur médicamenteuse des sels qu'on veut employer.

« On prend à peu près 0,05 gr. de chlorh. de cocaïne qu'on dissout « dans 33 gr. d'eau, on ajoute 1 ou 2 gouttes d'eau ammoniacale (l'am- « moniaque du commerce), puis on remue le tout avec une baguette de « verre ; des stries très accentuées se forment peu après et des flocons « de précipité se déposent lentement au fond du vase, laissant le li- « quide clair et limpide comme auparavant.

« Si la cocaïne contient des sels amorphes, même à des très petites « doses, il ne se formera ni stries, ni précipités, et sa surface aura « plus ou moins l'aspect huileux. »

Traduit du (*Chemist and Druggist*), par Michel Zankoff.

EMPOISONNEMENTS PAR LA COCAÏNE

La cocaïne, qui, depuis qu'elle a été introduite dans la thérapeutique, est devenue d'un emploi peut être excessif, peut produire, dans certains cas, des symptômes d'intoxication. Les journaux américains signalent un cas d'empoisonnement survenu dans les circonstances suivantes.

Le Dr Nichols a l'habitude d'administrer des injections hypodermiques de 3 à 4 centigrammes de cocaïne, répétées quatre ou cinq fois toutes les demi-heures, aux personnes qui s'adonnent aux excès alcooliques; afin de combattre la dépression qui suit ces excès, à plusieurs reprises, il avait appliqué ce traitement à un individu qui avait très bien supportée jusque-là la dose de 20 centigrammes de cocaïne qui lui avait été injecté. Une fois ce même individu éprouva des phénomènes d'empoisonnement très inquiétants après la première injection. Il devint pâle; les pupilles se dilatèrent, les conjonctives devinrent insensibles; la respiration devint lente et pénible ; le pouls devint rapide; le malade ne pouvait prononcer aucune parole, et il lui était impossible d'avaler l'eau qu'il réclamait par signes.

Pour combattre ces accidents d'intoxication, on eut recours à la morphine et à l'alcool fréquemment répétés, et l'état du malade s'améliora graduellement.

L'*Union pharmaceutique* du 15 décembre dernier publie un autre cas d'empoisonnement par la cocaïne, observé par M. Gras, pharmacien à La Roche-Guyon. Il s'agissait d'un enfant de 18 mois environ, lequel avait absorbé en jouant, un mélange de 0 gr. 50 de cocaïne avec 15 grammes de sirop de guimauve, qui avait été prescrit pour calmer les douleurs de la dentition. Le médecin qui fut appelé fut très embarrassé de savoir à quel antidote il devait s'adresser pour combattre les accidents toxiques qui se manifestèrent chez cet enfant. M. Gras, consulté par ce médecin; se trouva dans le même embarras, les publications scientifiques n'ayant guère encore signalé de cas sérieux d'empoisonnement par la cocaïne. Un vomitif fut administré à l'enfant, et il se produisit fort heureusement des vomissements; on pouvait craindre en effet que la muqueuse ne fut suffisammentanesthésiée par la cocaïne pour que les vomissements n'eussent pas lieu. Puis on lui fit prendre une potion diurétique additionnée d'acétate.

ACTION DU SULFURE DE CARBONE DANS LES NÉVRALGIES.

Voici la formule publiée par le *Journal de Médecine de Paris :*
Prenez :

Sulfure de carbone rectifié. . . .	20	grammes.
Essence de menthe	10	—

Agitez.

Cette solution s'applique *loco dolenti*, à l'aide d'un pinceau de blaireau. Quand le badigeon est appliqué sur la face, le malade doit fermer les yeux afin d'éviter l'irritation produite par les vapeurs de sulfure de carbone; le badigeon doit durer de une à trois minutes, selon la sensibilité du malade. Il se produit d'abord une sensation de froid intense suivie bientôt d une vive sensation de brûlure, accompagnée quelquefois, mais pas toujours d'une rougeur passagère de la peau. Dans toutes les névralgies superficielles, faciales, dentaires, intercostales dans les douleurs rhumatismales superficielles, ce badigeon, pratiqué *loco dolenti*, produit un soulagement instantané, souvent une guérison immédiate et définitive (?), en produisant une action révulsive nerveuse, énergique, et une anesthésie locale qu'il est facile de constater quand le badigeon a été un peu prolongé. Dans les névralgies peu profondes, telles que la sciatique, il faut pulvériser la solution sur les points douloureux et sur tout le trajet du nerf. On n'obtient pas la congélation de la peau comme avec l'appareil à bichlorure de méthyle, mais il est rarement nécessaire de pousser les choses aussi loin, au moins dans les sciatiques récentes.

Les névralgies dentaires cèdent le plus souvent à un badigeon pratiqué sur la joue correspondante; dans les cas les plus rebelles, on peut pratiquer un léger badigeon sur la gencive et mettre dans la dent cariée une boulette de coton imprégnée dans la solution. J'ai encore réussi à calmer les douleurs névralgiques dentaires, faciales et pharyngiennes, très rebelles, en introduisant dans le conduit auditif, mais sans l'enfoncer, un tampon humecté de la solution, puis légèrement exprimé ou recouvert d'une petite couche de coton sec. L'excitation

produite sur le méat est très vive, ce qui nécessite ces petites précautions.

(*Journal des connaissances médicales*, 12 août 1886).

SOLUTION ANTI-SEPTIQUE

Bi-iodure d'hydrargyre	0.05
Alcool à 90°	0.20
Eau distillée	1000

Dissolvez le sel dans l'alcool versez cette solution dans l'eau. Agitez et filtrez.

POMMADE CONTRE L'ODONTALGIE

Extrait alcootique d'opium sec.	â â. o gr. 50 centigr.
Camphre	â â. o gr. 50 centigr.
Baume de Pérou	â â. o gr. 50 centigr.
Mastic	1 gramme.
Chloroforme	10 grammes.

Faites dissoudre. — On introduit dans la dent douloureuse une boulette de coton imbibée de cette solution. — N. G.

LA LEWININE, NOUVEL ANESTHÉSIQUE

La Lewinine est un produit dérivé de la résine de Kava et a été employée par Lewin dans différents cas (*Britich Journal of Dental. sc.* déc. 1886.). De très petites doses de cette substance donnent une insensibilité très prolongée.

Les doses n'ont pas encore été indiquées. Une parcelle minuscule de lewinine, placée sur la langue, abolit la perception de la saveur des substances les plus amères.

(*Pharm. Journal*, déc. 1886, *Pharm. Centralhally. Arch. Pharm.*)

MISCELLANEA

DES RAPPORTS ENTRE LES MALADIES D'OREILLES ET LES MALADIES DES DENTS, par Henry DICKSON BRUNS (Zeits chr. f. ohr. vol. XV, fascicule 4). L'auteur examina 50 malades pris au hasard parmi ceux qui sortaient de l'hôpital.

L'ouïe	était	mauvaise	dans	3 cas	6 o/o
—	—	moyenne	—	16 —	32 o/o
—	—	bonne	—	12 —	24 o/o
—	—	excellente	—	19 —	38 o/o

Le système dentaire fut jugé *mauvais* dans les cas où la moitié des molaires étaient perdues ou atteintes de caries, *moyen* quand moins de la moitié et au moins trois molaires étaient atteintes de caries;

Bon quand une ou deux molaires seulement étaient atteintes de carie;

Excellent quand aucune molaire n'était atteinte ou absente. Ces

50 individus examinés d'après les règles ci-dessus donnèrent les proportions suivantes :

Sur 50 cas 19 ou 38 o/o ont des dents mauvaises.
— 15 ou 30 o/o ont des dents moyennes.
— 9 ou 18 o/o ont des dents bonnes.
— 7 ou 14 o/o ont des dents excellentes.

Les chiffres ci-dessus semblent montrer que les relations entre les maux de dents et l'affaiblissement de l'ouïe est assez rare. Cela est évident. Les Annales de l'oreille et du larynx qui reproduisent cette statistique font remarquer qu'elle manque d'une base large. Nous ajouterons que la manière dont elle a été conçue rendrait difficile un enseignement positif sur cette question intéressante. Au lieu de prendre des individus au hasard il vaudrait mieux prendre des individus ayant de mauvaises dents en distinguant s'ils sont actuellement sous l'influence d'odontalgie, et d'autre part si quand l'ouïe est mauvaise habituellement ou accidentellement si la relation ou la coïncidence s'observent fréquemment. Le rôle étiologique des affections du système dentaire sur celles de l'ouïe pourrait ainsi être mieux connu.

LES DENTS DES ANCIENS EGYPTIENS (1)

Le *Bulletin de la Société d'anthropologie*, publie la communication de M. Maspero, directeur du musée de Boulacq, sur l'examen qu'il fit des momies royales d'Egypte. Nous lui emprunterons les renseignements qu'il donne sur l'état de leur système dentaire.

1° *Momie d'un anonyme.*

Sexe masculin. Age 23 à 24 ans. Taille 1m75. Force supposée au-dessus de la moyenne. Dans la bouche, grande ouverte, on aperçoit la langue séchée et recroquevillée. L'orifice du pharynx est béant et l'on y voit les vestiges du palais et de l'épiglotte. Les dents, petites et blanches, sont au nombre de trente. Quatorze en haut, les dents de sagesse manquent ; elles n'étaient pas encore poussées. En bas les deux incisives sont rentrantes. Les dents du maxillaire supérieur sont légèrement portées en avant. Celles d'en bas sont droites. Aucune ne présente de caries. Elles indiquent un âge de vingt-trois à vingt quatre ans au plus.

2° *Momie de Rhamsés II. Sésostris.*

Rhamsés II était grand. Après la rétraction causée par la momification, son corps mesure encore 1m72. Système osseux médiocrement développé au moment de la mort, les muscles étaient très atrophiés par dégénérescence sénile. Malgré son grand âge que l'on peut évaluer à quatre-vingt-cinq ou quatre-vingt-dix ans, Rhamsès II avait conservé une partie de ses dents blanches, sans carie, mais usées presque jusqu'au milieu de la couronne.

LES DENTS DES GROENLANDAIS ORIENTAUX

Le Dr Soren Hasen donne quelques renseignements sur les Groenlandais. Il a remarqué l'absence fréquente des troisièmes grosses molaires, huit fois sur quinze crânes. Une ou deux incisives font défaut chez deux des crânes. Les canines ont souvent la forme d'un coin.

---

(1) V. *Odontologie*, aout 1886, p. 365.

MORT ATTRIBUÉE A L'EMPLOI D'UN COLLUTOIRE. — M. X... officier de santé fut appelé à soigner M. Y... qui était atteint de purpura. Il existait à la surface de la langue une ulcération causée par une dent rugueuse. M. X... prescrivit un collutoire dont la formule empruntée à l'*Officine* de Dorvault était ainsi conçue : *miel rosat*, 20 parties ; *acide chlorhydrique*, 10 parties. Après la cautérisation, et la chute de l'eschare, il survint une hémorragie dont mourut le malade. Ce dernier avait fait promettre à son frère, avocat, de poursuivre le médecin. Celui-ci déposa une plainte qui aboutit à un non-lieu. Mais le médecin considérant que le plaignant avait, par sa déclaration même, nui considérablement à sa réputation le fit assigner devant le tribunal qui lui octroya 2,000 francs à titre de dommages-intérêts. Le frère du défunt interjeta alors appel se basant sur ce fait que si sa demande n'était pas fondée au point de vue correctionnel elle l'était parfaitement au point de vue de la responsabilité encourue par le médecin qui, par son traitement défectueux, avait causé la mort de son malade ; à ce titre, tout au moins, il devait être déchargé des 2,000 francs de dommages et intérêts auxquels le tribunal de première instance venait de le condamner. Il produisait en outre, une consultation émanée de deux médecins de Genève blâmant sévèrement le traitement prescrit.

M. X... officier de santé demandait à la société son avis, afin de le produire en appel.

La *Commission de permanence*, après avoir écarté toutes les considérations extra-médicales, a émis l'avis que les conclusions du certificat des médecins genèvois devaient être rejetées, attendu que le collutoire prescrit est employé journellement pour le traitement des ulcérations causées par les dents rugueuses ; que les fongosités gingivales sont souvent touchées avec un collutoire à parties égales d'acide chlorhydrique et de véhicule, et même avec l'acide pur dont l'action ne saurait être comparée à celle d'autres caustiques parfois employés, l'acide sulfurique par exemple. L'hémorragie qui est survenue doit être mise sur le compte du mauvais état général du malade antérieur à la cautérisation. Enfin en admettant que l'eschare ait été trop profonde ou trop étendue, on ne saurait en accuser M. X... dont la prescription portait que l'ulcération devait être *touchée avec un pinceau* alors qu'une personne de l'entourage a pratiqué la cautérisation à l'aide d'un tuyau de paille.

(*Soc. de Méd. légale. Bulletin médical*).

ASSOCIATION GENÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Séance du 1er *février* 1887

Présidenee de M. Wiesner, vice-président.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance de l'Assemblée générale qui est adopté. — Il proclame les nouveaux membres du conseil de direction qui sont admis.

Le Conseil procède à la nomination du bureau pour l'année 1887, qui est ainsi composé :

MM. E. Lecaudey, président;
P. Poinsot, vice-président;
Wiesner, vice-président;
Godon, secrétaire général;
Chauvin, secrétaire correspondant;

MM. Ronnet, trésorier;
Papot, sous trésorier ;
Thomas, bibliothécaire;
Dubois, sous-bibliothécaire;
Gillard, conservateur du musée.

M. le Dr David est renommé directeur de l'Ecole, et M. Ch. Godon, sous-directeur.

Le conseil procède eusuite à la nomination des divers commissions et comités chargés de tous les services de la Société pour 1887.

1° Comité d'administration de la Société d'Odontologie : MM. Bioux, Lemerle et De Lemos.

2° Comité syndical, comité d'administration de la caisse de prévoyance, et conseil de famille : MM. Wiesner, Lemerle, A. Dugit, Tusseau et Pigis.

3° Journal l'*Odontologie*. — Directeur gérant : M. Dubois.

Comité de rédaction. MM. Aubeau, Godon, Blocman, Gillard, Chauvin.

4° Commission des examens :

MM. Chauvin,
Bioux,
De Lemos,
Tusseau,
Pigis,

MM. Lowenthal,
Ad. Dugit,
Ronnet,
Lemerle,
Papot.

5° Commission d'inspection de la Prothèse :

MM. Gardenat, Pigis, Bioux, Tusseau, Godon.

6° Commission d'étude pour le changement de local. — MM. Dubois, Chauvin, Godon, Poinsot et Ronnet.

Les conclusions du rapport de M. Poinsot relatives à la démission d'un membre du Conseil sont adoptées.

e secrétaire général donne lecture de la correspondance.

M. Cazeaux offre pour le musée de l'Ecole des dents anormales, et M. Telschow, trois daviers à racines et une seringue de son modèle pour la cocaïne. M. Chéron, de Tarbes, offre une souscription de 100 fr.

M. Eleftereades, de Corfou, est admis comme membre de la Société.

Des remerciements sont votés aux généreux donateurs.

Sur la proposition du président de la commission des examens, M. Chauvin, le conseil prononce l'admission de plusieurs élèves au cours de 1re et de 2e année pour l'année 1887.

Le conseil, sur le rapport du sous-directeur, frappe un élève de quinze jours d'exclusion.

Sur la demande du trésorier et du secrétaire général, le Conseil nomme une commission chargée de vérifier la comptabilité et de donner décharge des comptes. Sont nommés : MM. Papot, Pigis et Tusseau.

Le conseil confirme l'ordre du jour voté par le conseil précédent et l'assemblée générale relatif aux projets de réglementation et nomme une commission spéciale chargée de présenter la protestation et les vœux de l'association aux pouvoirs compétents. Sont nommés : MM. Dubois, Chauvin, Godon, Poinsot et Ronnet.

Diverses mesures administratives sont adoptées.

Séance du 15 mars 1887

Présidence de M. Wiesner

Le Secrétaire général rend compte, au nom de la commission de réglementation, de l'entrevue qu'ont eue, les 7 et 11 mars, les délegués de l'association : MM. Dubois et Godon avec les ministres de l'instruction publique, de la justice et du commerce, à qui ils ont remis la protestation et exposé les vœux de la Société. M. Lockroy notamment s'est entretenu longuement avec eux et a promis d'étudier à nouveau la question et de s'arrêter à la solution la plus juste et la plus libérale.

M. Godon communique également la correspondance échangée avec le président M. Chevandier et le secrétaire M. Delestable, de la commission de la Chambre des Députés, chargée de l'étude du projet de loi sur l'exercice de l'art médical en France. Il annonce que les délégués seront reçus prochainement par ladite commission.

Il rend compte des démarches faites en vue de la reconnaissance d'utilité publique.

M. Evelin est venu faire au nom de l'Académie de Paris son inspection annuelle et a exprimé sa satisfaction du bon fonctionnement de l'Ecole.

Le Conseil autorise le président à donner congé de l'appartement occupé par l'Ecole.

Il est pris des décisions sur diverses demandes d'élèves et de membres de l'Association.

Le secrétaire annonce que M. Ash, de Londres, est venu visiter l'Ecole et a offert un tour à fraiser nouveau modèle pour le service de la clinique.

M. Swaycarsky, de Troyes, offre au musée de l'Ecole une tête de lièvre dont les incisives inférieures ont un développement anormal.

Des remerciements sont adressés à MM. Ash dont la générosité pour l'Ecole s'est déjà affirmée en plusieurs circonstances, ainsi qu'à M. Swaycarsky.

M. Gérard ayant été nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon, s'est vu obligé d'abandonner son cours à l'Ecole.

Le conseil, tout en félicitant M. Gérard de sa nomination regrette qu'elle le prive du concours dévoué qu'il a prêté à l'Ecole pendant 5 ans. Désirant lui exprimer sa reconnaissance, il le nomme professeur honoraire. M. le Dr Marie est nommé professeur d'histoire naturelle (cours de 1re année) et de micrographie (cours de 3e année) en remplacement de M. le Dr Gérard.

M. Simonnet, preparateur de chimie à l'Ecole de pharmacie, est nommé professeur de chimie à l'Ecole (cours de 1re année) en remplacement du Dr Marie.

M. Barrie est nommé démonstrateur de prothèse

Le conseil adopte après discussion et sur le rapport de M. Chauvin, le règlement des examens pour l'année 1887. (1).

Diverses mesures sont adoptées.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire des séances,
BIOUX.

NOUVELLES

BELGIQUE. — M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique a reçu, il y a quelques jours, le bureau de la Société odontologique de Belgique qui lui a exposé les vœux de cette société au sujet de l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire dans ce pays.

Le ministre se serait, dit-on, montré favorable au projet de créer à Bruxelles une école dentaire, plutôt que d'annexer une école de ce genre à chaque université, comme le proposait l'Académie de médecine sur les conclusions d'un rapport de M. Deneffe.

Semaine Médicale.

ESPAGNE. — Un dentiste officiel. — Le journal officiel de Madrid publie un *décret* signé par M. le ministre Sagasta, ayant pour objet d'élever « Don Rafaël alcade y Burill » à la dignité de dentiste du roi d'Espagne, Alphonse XIII. Ce nouveau dignitaire doit visiter les dents du roi deux fois par semaine, et si cela est nécessaire les nettoyer et les plomber.

Don Rafaël recevra à cet effet une pension de 2,000 francs par mois.

Comme le roi d'Espagne n'est âgé que de quelques semaines, le noble alcade ne doit pas encore trouver beaucoup de dents à plomber.

---

(1) Ce règlement actuellement à l'impression sera distribué prochainement aux élèves.

POUDRE POUR DORER LES MÉTAUX PAR SIMPLE FROTTEMENT

Chlorure d'or.	2 g.	»»
Cyanure de potassium	9	»»
Eau.	6	»»
Crème de tartre	10	»»
Craie préparée.	0	5

Mélanger intimement les substances.

On met un peu de poudre sur un chiffon de laine avec lequel on frotte les objets à dorer, puis on les nettoie avec soin, et on les lave à l'eau acidulée d'acide sulfurique.

PLATINAGE ÉCONOMIQUE DES MÉTAUX. — Pour recouvrir d'une couche de platine les objets en fer que l'on veut rendre inaltérables, on les recouvre d'abord d'un mélange de borade de plomb, d'oxyde de cuivre et d'essence de térébenthine, et on les soumet à une température comprise entre 250° et 330°. Ce dépôt, en fondant, se répand sur l'objet d'une manière régulière. On dépose une seconde couche formée de borate de plomb, d'oxyde de cuivre et d'huile de lavande ; puis, avec un pinceau, on recouvre l'objet d'une solution de chlorure de platine dans l'éther ; enfin, on évapore, en ayant soin de ne pas dépasser 200°.

Le platine adhère fortement à la surface et offre un aspect brillant. Si le dépôt est fait sur la première couche d'émail, son aspect est mat. — On estime que ce procédé coûte à peu près un dixième du prix habituel du nikelage.

PROCÉDÉS DE FERMETURE DES LETTRES. — Pour fermer avec sécurité des lettres ou des papiers de façon qu'ils ne puissent être ouverts qu'avec violence, il suffit de badigeonner les parties collées avec de l'oxyde de cuivre ammoniacal. Ce réactif dissout superficiellement la cellulose et donne une très bonne fermeture.

On peut obtenir le même résultat d'une autre façon, en employant du silicate de potasse qui, une fois desséché, ne se redissout plus dans l'eau. (*Archives de Pharmacie.*)

MOYEN DE DÉCOUPER LE VERRE. — On arrive à découper le verre, suivant une figure donnée, au moyen du procédé suivant : On fait une petite encoche, avec une lime, sur le bord de la feuille de verre à couper ; puis on prend un tuyaux de pipe ou un bout de tringle en fer, que l'on fait rougir au feu et que l'on promène lentement, à partir de l'encoche sur la surface du verre, dans la direction voulue ; la fêlure suit la direction du fer.

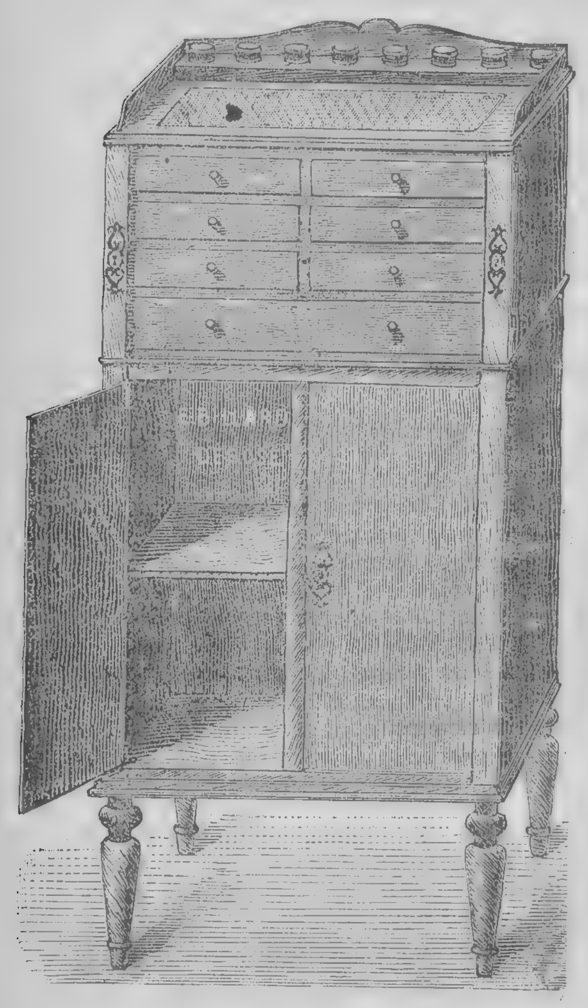
Le Directeur Gérant : P. DUBOIS.

Paris. — Alcan-Lévy, imp. breveté, 24, rue Chauchat

NOUVEAU MEUBLE DENTAIRE

(DÉPOSÉ)

DE A. HEYMEN-BILLARD



Comme l'indique la figure ci-dessus ce petit meuble peut servir de table ou bureau, garni d'une rangée de flacons, il peut contenir : instruments à aurifier, à nettoyer, à plomber, fraises, curettes, porte-empreintes, daviers, tous les tiroirs se ferment à clef ; il mesure 1^{m} de hauteur, 0,48 de largeur et 0,43^{e} de profondeur.

Se fait en bois noir ou noyé ciré.

Prix : 150 francs.

(EMBALLAGE 12 FR.)

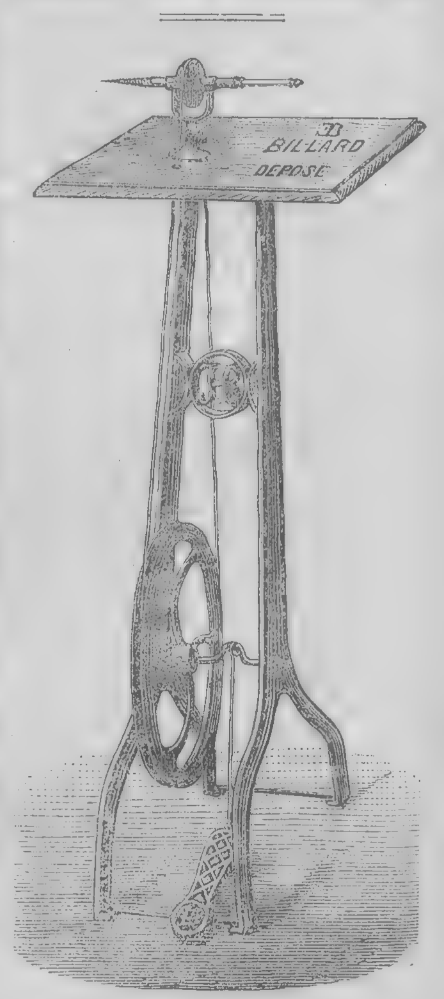
NOUVEAU

TOUR D'ATELIER

MONTANTS FONTE

MODÈLE DÉPOSÉ

PROPRIÉTÉ DE A. HEYMEN-BILLARD



Ce nouveau tour, fort coquet et parfaitement ajusté ne laisse rien à désirer, il est verni au feu, la poupée porte deux meules et une brosse.

Prix : 50 francs

(EMBALLAGE 7 FR.)

La Maison BILLARD vient d'ouvrir un nouveau Magasin de Fauteuils perfectionnés, Tours nouveaux modèles, etc., etc., *4, Passage Choiseul, Paris.*

VOL. 7. Paris, Mai 1887. N° 5

L'ODONTOLOGIE

DEVITALISATION ET EXTIRPATION DE LA PULPE AVEC ANALGÉSIE

Par M. P. DUBOIS

PROFESSEUR SUPPLÉANT DE THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 3 avril 1887)

Je ne sais si la destruction thérapeutique de la pulpe dentaire est appelée à disparaître de notre pratique, si l'extension du traitement conservateur doit reléguer l'application des caustiques, sur les pulpes inflammées, parmi les choses vieillies et qu'emploient seuls les arriérés. Mais j'ai pensé, qu'en attendant cette transformation, il était bon de travailler à rendre moins douloureux et plus rapide le traitement classique de la carie au 3e degré.

Vous savez, Messieurs, que la série des escharotiques, a été essayée dans le but de dévitaliser la pulpe.— Les caustiques alcalins fusent et leur action est douloureuse, les caustiques acides s'attaquent non seulement à l'organe central, mais encore aux tissus durs de la dent. L'arsenic avec son action limitée, a une supériorité évidente sur ses analogues. Aussi depuis l'application qu'en fit Spooner en 1836, il est le caustique de choix pour détruire la vitalité de la pulpe. Ce que dit Gubler de son action topique, explique bien nos préférences, et les services que nous en tirons.

Appliqué sur les tissus vivants, l'acide arsénieux produit des effets locaux dont le dernier terme est l'escharification, suivie d'inflammation éliminatrice, les premiers degrés se caractérisant par de l'irritation avec douleur, chaleur et fluxion sanguine. Mais cette irritation et cette mortification ne sont pas le fait d'une simple action chimique comparable à celle du chlore qui s'empare de l'hydrogène des organes, de la potasse qui les transforme en savon, de l'acide nitrique qui les oxyde ou bien par son pouvoir électro-négatif détermine la formation de composés basiques avec lesquels il peut se combiner. Non, l'arsenic, après avoir imprégné les éléments histologiques, respecte leur structure, seulement il s'oppose à l'échange de matériaux qui constituent l'essence de la nutrition et provoque consécutivement l'inflammation ulcérative, qui sépare le vif d'avec la partie mortifiée. Ce mode d'action est analogue à celui du tartre stibié et de la cantharide. De telles substances n'agissent pas sur le cadavre. Pour que leurs effets demeurent sensibles, il faut la réaction des organes vivants. C'est autre chose pour les caustiques chimiques qui détruisent aussi bien les tissus morts que ceux actuellement doués de vie.

Si l'arsenic agit en arrêtant les actes vitaux, on conçoit que ses effets escharotiques seront d'autant plus prononcés que la vitalité sera moindre dans les parties exposées à sa puissance. Il produit en effet des désordres plus profonds et plus rapides dans les tissus exsangues, que dans ceux où une circulation active entraîne incessamment le poison : dans les épigenèses condamnées à périr prématurément, que dans les parties normales, ayant droit de domicile et naturellement vivaces. C'est ainsi que l'arsenic poursuit au loin les subdivisions d'une masse cancéreuse, en respectant les cloisons de l'organe primitif dans les interstices duquel cette production morbide s'est développée, tandis que le caustique sulfurique, par exemple détruit circonférentiellement tout ce qui se présente sur son passage comme ferait le fer rouge.

La moindre résistance du produit accidentel relativement aux tissus normaux, vis-à-vis du métalloïde, s'explique par la vitalité et la longévité moindres des éléments histologiques morbides ainsi que par la moindre vascularité de leur assemblage. L'arsenic n'est donc pas ce caustique intelligent qu'on pourrait croire, et qui sachant épargner les parties saines, s'en irait à la recherche de la production nuisible jusque dans les profondeurs des régions affectées, c'est un agent aveugle comme les autres qui se diffuse indifféremment dans toute la substance environnante, mais dont l'action n'étant pas assez brutale pour être inévitable, varie selon qu'il rencontre dans son chemin des tissus plus ou moins résistants et des conditions plus ou moins favorables à la réalisation de ses effets. Dans une masse de cellules naturellement caduques, telles que celles de l'encéphaloïde, il anéantit subitement les actes vitaux, tandis que dans un tissu abondamment pourvu de capillaires sanguins, l'arsenic rapidement emporté par la circulation, n'a pas le temps de s'accumuler en quantité suffisante, pour frapper de mort les éléments histologiques qui, d'ailleurs, mieux nourris, résistent davantage à la destruction.

En définitive, l'eschare produite par l'arsenic est une sorte de momification plus voisine de l'état asphyxique de la substance cérébrale au début du ramollissement par oblitération artérielle, qu'elle ne l'est de la masse informe et anciste laissée par la potasse ou par un caustique chimique d'une égale violence.

(Gubler : *Commentaires thérapeutiques du Codex*, 2e édition 1874, P. 434).

Cette explication magistrale est confirmée par ce qui se passe sous nos yeux, quand nous appliquons l'arsenic sur la pulpe dentaire.

Ne le voyons-nous pas agir plus vite, plus profondément, sur la pulpe ayant déjà subi une altération anatomique, et la pratique judicieuse de M. Poinsot, de piquer la pulpe avant de placer le caustique, n'est-elle pas justifiée, par cette remarque de Gubler, qu'il agit plus énergiquement sur les tissus exsangues.

Nous avons la preuve que l'arsenic respecte les éléments anatomiques, en examinant les pulpes fraîchement extirpées, en constatant, surtout vers l'apex, qu'il n'y a pas apparence de destruction. Mais cela n'est qu'une apparence, l'arsenic n'en a pas moins accompli une œuvre dévitalisatrice, et cette pulpe abandonnée à elle-même, ne permet plus l'échange nutritif : la mortification

est toujours la conséquence du pansement arsenical : elle se produit. même quand il n'y a pas eu contact direct. Combien de fois n'a-t-on pas vu des dents mortifiées parce qu'un praticien avait mis de l'arsenic dans une carie non pénétrante ?

L'arsenic se comporte donc sur la pulpe dentaire comme sur les autres tissus, et les enseignements de Gubler nous sont une base solide dans nos recherches d'application pratique.

Etant donné les services que l'arsenic rend aux dentistes, dans le traitement des dents à pulpe exposée, j'ai pensé qu'il serait utile de diminuer les inconvénients de son application, et surtout le plus grand de tous : la douleur qu'il provoque.

Sur les pulpes en partie mortifiées, sur celles que les progrès de la carie ont mis largement à découvert, sur les sujets âgés où elle est en voie de dégénerescence, l'arsenic ne donne lieu qu'à des douleurs nulles ou faibles. Au contraire, sur les sujets jeunes, quand l'organe est à sa première poussée inflammatoire, que la dentine environnante est a peu près saine, que l'exposition est limitée à une corne, la pulpite est violente, l'action du caustique aussi. Il augmente la congestion, la tuméfaction ; la pulpe à l'étroit dans sa prison osseuse vient faire hernie à l'endroit dénudé, et dans ces conditions, on a des douleurs durant six à douze heures. Quel est celui de nous qui n'a eu à cet égard à entendre les plaintes des patients ?

Les praticiens expérimentés atténuent, évitent quelquefois ces douleurs, en opérant avec un peu de hardiesse, en perforant la cloison pulpaire, en piquant la pulpe, en l'escharifiant superficiellement par des applications préalables de créosote, d'acide phénique. Mais cela n'est que tourner la difficulté. La douleur de la perforation de la chambre pulpaire est intense ; si on la fait facilement avec des patients quelque peu résolus, combien de fois est-elle impossible et faite incomplètement?

Je me suis donc attaché à rechercher si par une association de médicaments, analgésiques et d'arsenic on ne pourrait opérer la dévitalisationindolore ou à peu près indolore de la pulpe. Les essais précédents n'étaient pas faits pour encourager. La morphine dont nous connaissons l'action analgésique prompte, efficace, perdait de savertu, lorsqu'elle était associée à l'acide arsénieux.

« Dans nos observations, l'effet douloureux de l'acide arsénieux
« a toujours été le même avec ou sans addition de la morphine.
(Magitot Carie des dents, in dictionnaire encyclop. des Sc. Méd. 1re série T. XII P. 581.)

« Nous avons vu dans l'historique que l'arsenic employé sans
« doute dès le début d'une façon absolument empirique n'avait
« été connu que le jour où des chimistes avaient recherché la
« composition de ces pâtes qu'on vendait pour détruire le nerf.
« Ces différentes préparations ne renfermaient pas seulement de
« l'arsenic, elles contenaient de la morphine, de la créosote.

« Ces associations faites dans le but de diminuer la douleur

« arsenicale n'ont point donné l'effet qu'on en attendait, et des « praticiens éminents après les avoir employées longtemps tels que « MM. Magitot et Tomes, ont renoncé à ces diverses pâtes pour « adopter exclusivement l'emploi de la poudre sèche.

« Ne faudrait-il pas voir dans ce résultat négatif du mélange de morphine et d'acide arsénieux une preuve que la pulpe n'absorbe pas dans ces conditions et que le point touché par l'arsenic ne peut plus subir aucune espèce d'échange de nutrition.

(« Combes. De l'acide arsénieux dans ses applications à la thé« rapeutique de la carie dentaire. Thèse 1879. P. 36). »

Les partisans de cette association reconnaîtront eux-mêmes, que si la douleur est atténuée, elle l'est dans de bien faibles proportions et que l'addition de morphine à l'arsenic ne répond pas dans ce cas aux espérances.

II

Etant donné les minimes quantités nécessaires pour dévitaliser une pulpe, il est possible d'associer les composés arsenicaux aux alcaloïdes énergiques, dont l'action neurotique était déjà connue, en commençant par ceux qui ont une action élective sur le trijumeau..

Nous employons tous les jours l'aconit dans la périostite. On a conseillé l'association de sa teinture à l'acide arsénieux. Dans les névralgies du trijumeau, il a les plus heureux effets. Ce fut donc à cet agent que je m'adressai tout d'abord, sous forme d'aconitine cristallisée, afin d'avoir le maximum de puissance. Eh bien ! l'aconitine ne me donna aucune atténuation de la douleur.

J'essayai alors de la gelsémine.

M. Poinsot nous a fait connaître les bons effets du gelsémium sempervirens dans certaines odontalgies suraigües, et il était possible, qu'en application locale, l'alcaloïde du gelsémium pût nous rendre des services analogues. Il n'en fut rien.

L'aconitine n'est pas le seul alcaloïde extrait de l'aconit. MM. Duquesnel et Laborde en ont tiré aussi la napelline, et, pour certains thérapeutes, cette dernière est peut-être supérieure à l'aconitine, tout en étant moins toxique ; la dose maxima de l'aconitine est de 3 milligrammes pour un adulte ; la napelline peut être donnée jusqu'à la quantité de 5 centigrammes (1).

Cela fut confirmé en partie : la napelline eut des effets plus encourageants que l'aconitine, que la gelsémine. Malgré cela, si on se rapprochait du but, on ne pouvait dire l'avoir atteint, et quelques applications furent encore douloureuses.

En me rendant compte de l'action probable de l'acide arsénieux sur la pulpe, un ensemble de faits me frappa : la poussée congestive,

---

(1) Laborde et Duquesnel. — Des aconits et des aconitines 1883. P. 305.

la dilatation qu'il provoque, son rôle irritant. Ainsi, quand la pulpe a été mise largement à découvert, quand elle ne subit pas la compression de l'ivoire environnant ou d'un pansement trop serré, l'organe tuméfié se gonfle à l'aise, les filets nerveux n'étant plus pressés, ne subissent pas d'irritation mécanique, la douleur est modérée.

N'était-il pas possible d'obtenir par d'autres moyens cette non dilatation pendant la période de cautérisation, et faire que la mortification s'opère sans tout ce cortège inflammatoire. Pour cela, il fallait faire appel à un constricteur vasculaire.

L'atropine satisfaisait à ces conditions ; son action constrictive sur les capillaires a été reconnue par tous ceux qui l'ont expérimentée sur l'homme et les animaux.

Rabuteau en parle ainsi :

« Lorsqu'on examine sous le microscope la membrane interdigitale d'une grenouille, soit qu'on ait appliqué directement sur cette membrane une solution de sulfate d'atropine, soit qu'on ait fait pénétrer chez l'animal le poison par un point quelconque, proche ou éloigné du point en observation, on remarque une accélération instantanée et considérable du courant sanguin, accélération qui peut persister longtemps, trois heures, quatre heures, par exemple, lors même que la dose employée était faible.

« Dès le début, on constate avec le micromètre que le calibre des artérioles diminue, parfois du tiers ou même de la moitié, mais qu'il ne s'efface jamais complètement. Cette diminution du calibre des artérioles coïncide toujours avec l'accélération de la circulation.

« En même temps, la patte de la grenouille s'injecte ; ce résultat est surtout évident lorsqu'on augmente les doses. Les capillaires se dilatent ; de nouveaux vaisseaux de cet ordre deviennent visibles là on n'en voyait pas, la circulation s'entrave dans ces vaisseaux, le sang éprouve des oscillations dans les capillaires dilatés, les globules s'accumulent et finissent par rester immobiles. La stase commence toujours à s'établir dans les capillaires et dans les veinules, puis secondairement dans les artérioles, qui se dilatent à leur tour sous l'influence des globules sanguins. A l'accélération de la circulation dans les capillaires, succède, par conséquent, une hypéremie active.

« En résumé, l'atropine détermine, en premier lieu, un rétrécissement des artérioles, une activité singulière de la circulation ; puis, si la dose est suffisante, elle produit une stase sanguine qui s'établit d'abord dans les capillaires, dans les veinules, dans les artérioles, de sorte qu'on observe une hyperémie de tous les vaisseaux de faible calibre.»

(Rabuteau : *Traité élementaire de thérapeutique et de pharmacologie*, p. 709.)

Ainsi elle agit non seulement d'une manière générale, mais encore localement et instantanément.

Pour l'examen pour certaines opérations oculaires, pour la réduction des hernies ces qualités sont mises à contribution. Ne pouvait-on pas les utiliser pour la dévitalisation de la

pulpe? Ne pouvait-on mettre à profit cette action antagoniste de l'arsenic et de l'atropine dont l'un dilate les vaisseaux, tandis que l'autre les fait se contracter. On obtiendrait ainsi par des moyens pharmacologistes ce qu'on demande à la perforation de la chambre pulpaire. Le mélange méritait d'être essayé. Il le fut à la clinique de l'école. Dans tous les cas le succès à répondu à nos espérances et la cautérisation a été indolore ou a peu près indolore Ces résultats ont été confirmés par les observations faites dans ma clientèle personnelle. Mon collègue Ronnet l'à expérimenté également, il vous dira ce qu'il a obtenu. J'ai pensé inutile de vous apporter une longue liste d'observations, j'aime mieux que vous confirmiez ou infirmiez vous-même ce que j'avance, en expérimentant le caustique dont je donne la formule.

J'ai pensé que les recherches devaient porter non seulement sur l'agent analgésique à associer à l'arsenic, mais aussi sur le caustique même. Je ne sais pourquoi jusqu'ici, on n'a utilisé qu'un composé arsenical, l'acide arsénieux. Il a le grand désavantage d'être à peu près insoluble surtout sous la forme porcelainée qui demande 80 parties d'eau froide ; il n'est guère que la glycérine qui en dissout une certaine partie 20 °/₀.

Le Dr Combes conseille l'emploi de l'acide arsénieux opaque ou porcelainé à cause de sa faible solubilité. Cela nous semble un désavantage. Un caustique irritant comne l'arsenic a une action bien plus superficielle, provoque une réaction inflammatoire plus accusée si on l'emploie à l'état de poudre insoluble au lieu de le porter dans un soluté. Sous cette dernière forme, il pénètre mieux dans la profondeur du tissu, les doses sont plus massives, la désorganisation s'obtient plus rapidement, plus complètement. On a parfois redouté que l'acide arsénieux ne dépasse l'apex et n'aille causer des désordres vers leperioste et jusque dans l'alvéole. De même l'insolubilité a été considérée comme une garantie contre le fusage hors de la cavité. Ce sont là des craintes vaines, si le caustique est appliqué avec soin sur le point voulu : la partie exposée de la pulpe, et si la quantité minime que nous employons est recouverte par un pansement occlusif parfait tel que celui qu'assure la gutta-percha.

Les pseudo-dentistes qui mettent de l'arsenic comme ils mettent de la teinture de benjoin, qui s'en servent pour combattre toutes les formes d'odontalgie, qui veulent détruire par son action toute trace de sensibilité dans les canaux pourraient peût-être mésuser de l'arsenic soluble. Ceux qui me font l'honneur de m'écouter, ne sont pas de cet acabit. Ils peuvent employer les produits les plus concentrés, à condition toutefois, que comme tout praticien sérieux, ils auront présent à l'esprit la puissance des agents dont ils se servent, et prendront toutes les précautions pour empêcher qu'a l'action thérapeutique ne se substitue une action toxique.

Donc la crainte de faire fuser à l'extérieur de la cavité et au delà de l'apex, est nulle, si on est maître de son opération. Si

l'insolubilité n'a que l'avantage de garantir contre l'inexpérience elle peut être abandonnée.

Nous avons vu que l'acide arsénieux est assez soluble dans la glycérine et certains praticiens l'emploient dans cet excipient, ils obtiennent des effets supérieurs à ceux que donnent l'application pulvérulente. Nous pouvons faire mieux. L'acide arsénique se dissout en toutes proportions dans l'alcool et nous pensons que cette qualité doit le faire préférer à son analogue. Aussi l'avons-nous substitué dans nos pansements à l'acide arsénieux. Il est certain que cette association fait un caustique d'une grande énergie et je ne saurais trop recommander à ceux qui s'en serviront, de redoubler de précautions. l'acide arsénieux ne pouvait causer au pis aller que des désordres locaux, l'intoxication était à peu près impossible, l'adjonction de l'atropine au caustique rend toujours ce malheur redoutable. Gubler, dit que des « accidents d'une nature inquiétante ne sont pas rares avec des doses moyennes de deux milligrammes. » On voit avec quelle réserve nous devons nous en servir. Malgré cela, si on pèse les minimes quantités que nous employons, on se convainc vite que les doses toxiques ne doivent jamais être atteintes.

La quantité nécessaire pour détruire une pulpe ne doit jamais dépasser un milligramme ; dans la formule donnée plus loin ou entrent par parties égales l'acide arsénique et l'atropine puis de la napelline et quelques gouttes d'alcool l'atropine entre pour un quart de milligramme environ. Or, quelle peut être la quantité absorbée par le canal de la pulpe ? Il est permis de dire qu'elle est négligeable. Il n'en serait plus de même, si le pansement était volumineux, surchargé de liquide, s'il fusait vers la gencive et dans la bouche. On aurait sûrement des accidents.

On a signalé bien souvent les dangers que les dentistes pourraient faire courir à la santé publique, sans qu'on pût appuyer ces craintes par des faits. J'espère bien que les confrères qui détruiront la pulpe par les moyens que j'expose ici, ne fourniront pas des armes contre eux, et contre nous, et qu'ils s'entoureront dans les cas difficiles de toutes les précautions : en plaçant la digue, en ne portant sur le point exposé que la quantité nécessaire, gros comme une tête de petite aiguille, et enfin en recouvrant le pansement actif de gutta-percha. Il me sera permis de faire à ce sujet une petite digression. La grande chirurgie a tiré le plus grand bénéfice de la méthode antiseptique; grâce à elle, les plus grandes operations deviennent heureuses, je crois que, nous aussi, nous devons pour nos petites opérations faire de l'antisepsie. Des recherches récentes établissent que la bouche humaine, même à l'état normal, montre une assez jolie collection de micro-organismes. M. Vignal en a isolé jusqu'à vingt-sept et pour nous proteger de leur action nocive, nous devons éviter le pansement sale. La ouate imbibée ou non de teinture résineuse, devient très rapidement un foyer d'infection, elle ne peut servir que dans les cas très

simples, jamais dans les caries compliquées. Le pansement rare est préférable au pansement fréquent, à la condition, que les parties malades soient en contact avec l'agent médicamenteux et non avec l'agent pathologique.

Combien de fois des traitements s'annonçaient heureux, puis ont tourné mal parce que le patient gardait trop longtemps le pansement dans la bouche? Il serait étonnant qu'avec le pansement sale il en fût autrement ; la ouate au lieu d'être véhicule de médicament devient rapidement agent d'infection. On peut dire qu'après vingt-quatre heures la vertu thérapeutique d'un médicament contenu dans du coton est nulle, que son séjour devient plutôt nuisible, et si la bouche est dans de mauvaises conditions cela se produit encore plus vite.

Le pansement rare ne peut donc se faire à l'aide du coton seul, et nous devons lui préférer pour parfaire l'occlusion la gutta-percha, qui exclut l'humidité, les agents infectueux d'origine voisine, et laisse la cavité sous l'action de l'agent thérapeutique, certaines caries ne comportent pas d'emblée le pansement occlusif.

Il est des fois bon de l'ajourner dans les caries du troisième. On rencontre dans quelques cas de l'intolérance aussitôt après l'extirpation du nerf, mais le pansement occlusif est toujours bien toléré à la séance suivante,

La sécheresse, pendant et après le pansement, est donc une condition d'antisepsie pour les opérations dentaires, et sans la propreté, la digue et la gutta-percha, tous les anti-microbes de la pharmacopée sont insuffisants.

Pour l'application de substances dangereuses comme l'atropine le pansement véritablement occlusif a d'autres avantages et sauf quelques contre-indications, il rend les plus grands services dans les caries du 3e et du 4e degré. Du reste, quand on est outillé pour cela, il est rapide et facile de placer par-dessus le pansement actif de la gutta-percha.

Je puis promettre à ceux qui adopteront cette pratique, une élévation du tant pour cent de leurs succès.

On peut laisser le pansement acide arsénique-atropine pendant deux jours sans inconvénients ; par suite de la solubilité du médicament, son action est immédiate, parfois le patient sent une petite chaleur dans la dent en quittant le fauteuil, elle peut durer quelquelques heures dans les cas défavorables, mais jamais elle ne devient intolérable, elle est toujours très bien supportée, même par les patients les plus nerveux, on peut dire ; que presque toujours elle passe inaperçue.

La dévitalisation n'est pas toujours très profonde, et une seconde application peut être nécessaire. Si on veut enlever la pulpe à

l'aide du composé Eau de Rabel cocaïne dont je parlerai plus loin ; on peut le faire séance tenante.

En résumé, l'acide arsénique est supérieur à l'acide arsénieux pour dévitaliser la pulpe, l'addition d'atropine et de napelline diminue ou annihile la douleur de la cautérisation. On peut l'appliquer une seconde fois si cela est nécessaire. L'inflammation du périoste qui souvent succède à l'application de l'acide arsénieux n'a jamais été observée à la suite du pansement acide arsénique atropine (nous pensons que la périostite ne résulte pas dans ces cas d'une cautérisation trop profonde, mais d'une irritation de voisinage).

Voici la formule que j'emploie.

Acide arsénique.	5 décigr.
Atropine	5 »
Napelline.	2 »
Alcool	2 grammes.

III. — EXTIRPATION INDOLORE DE LA PULPE

Pour les dents uniradiculaires, il est presque toujours facile d'enlever la pulpe entière, après l'application pendant 48 heures du pansement ci-dessus.

En tout cas, on peut, à l'aide de la cocaïne dissoute dans l'alcool sulfurique extirper sa pulpe à peu près sans douleur. J'ai même pu le faire d'emblée sans faire de pansement arsenical. Je dis à peu près sans douleur, vous savez que de toutes nos opérations, — l'extraction exceptée, — celle-ci est la moins bien supportée. Avec de l'habileté manuelle, on restreint la durée, la douleur de l'extirpation ; mais enfin, sauf sur les pulpes déjà très mortifiées, elle est toujours très vive, et le patient qui l'a subie une fois, reste méfiant à la vue du tire-nerf ou de tout ce qui lui ressemble.

Tâchons de gagner sa confiance, et, pour cela, je me suis attaché à rendre plus supportable cette petite opération. Il est vrai que la morphine et l'acide phénique, portés directement sur la pulpe, l'atténuaient en partie, mais pas dans les proportions qu'on atteint avec le composé alcool sulfurique et cocaïne.

L'effet n'est pas seulement analgésique, il est aussi escharotique ; la pulpe s'enlève à l'état de bouillie noire, montrant que l'acide sulfurique a fait son œuvre destructive. L'avantage est qu'elle s'accomplit sans douleur, ou à peu près, se réduisant à la sensation d'une piqûre. Dans cette application, la cocaïne a donc pour rôle d'atténuer la douleur, tandis que l'alcool sulfurique détruit le tissu pulpaire.

On pourrait craindre que ce composé énergique ne s'attaquât aussi aux tissus durs de la dent, et qu'il décalcifiât les parties de dentine avec lesquelles on le met en contact. J'ai expérimenté sur des minces coupes de dents l'action de l'alcool sulfurique sur la

dentine et l'émail, et n'ai pas constaté le moindre ramollissement quand le contact ne durait pas plus d'une heure ; or, si on se rend compte que l'extirpation proprement dite ne demande pas plus d'une minute, qu'on lave ensuite à l'eau, on voit que l'on n'a rien à craindre de ce côté, pas plus que du fusage au delà de l'apex ; la quantité portée sur une mèche de coton n'est pas supérieure à une goutte ; elle se combine au tissu pulpaire, et, si l'on procède avec ménagements, que la digue soit mise, on peut être assuré que le périoste ne sera pas touché.

J'ai appris récemment que M. Herbst avait conseillé, pour atténuer la sensibilité de la dentine pendant l'excision, un mélange acide sulfurique-cocaïne. Je ne sache pas qu'on l'ait employé pour l'extirpation de la pulpe.

Voici ma formule :

Acide sulfurique........	2 grammes
Alcool..................	4 —
Chlorydrate de cocaïne..	0 gr. 5 décig.

(Cet alcool sulfurique n'est pastout à fait la formule de l'eau de Rabel qui contient 1 gramme d'acide sulfurique et 3 grammes d'alcool).

Le procédé du coton est particulièrement indiqué pour extirper la pulpe à l'aide de ce médicament, il en porte une très petite quantité, et l'on a toujours sa pulpe en entier et du premier coup.

Je crois que l'atténuation, la suppression de la douleur et de l'irritation nerveuse dont elle est le signe, ont pour conséquence, non seulement de rendre notre traitement plus facile, moins redouté du patient, mais encore d'augmenter le nombre de nos succès. A vous de décider s'il en est ainsi, et je remercie d'avance ceux qui voudront bien me transmettre leurs observations à cet égard.

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES MAXILLAIRES
OSTÉITE ET NÉCROSE

Par M. le Docteur Th. David

Les maxillaires peuvent être atteints, comme les autres os, d'inflammation (ostéite) et de mortification (nécrose). Mais ces maladies empruntent à la région des particularités étiologiques (dents) et anatomo-pathologiques (sinus, kystes des mâchoires) qui en rendent l'histoire spécialement intéressante.

L'ostéite et la nécrose des mâchoires ont été décrites de tout temps, depuis Hippocrate, bien que le mot nécrose n'ait été em-

ployé pour la première fois qu'en 1768 par Sauvages (1). En 1774 parut le premier mémoire sur la question (2), sans nom d'auteur, mais que Robert attribue à Louis, l'illustre secrétaire de l'Académie de chirurgie.

Depuis, les observations se sont multipliées, et, grâce surtout aux progrès de la chirurgie dentaire, ont établi l'étiologie des diverses variétés d'inflammation des mâchoires. Ne pouvant citer ici tous les travaux qui ont été écrits sur la question, nous renvoyons aux excellents articles : *Maxillaire* du *Dictionnaire encyclopédique*, dans lequel MM. Guyon et H. Desprez ont rassemblé tous les documents connus (3).

Division. — Les auteurs étudient isolément l'ostéite et la nécrose. Nous ne croyons pas devoir conserver cete distinction, puisque les deux processus se confondent, la nécrose représentant un mode de terminaison de l'ostéite.

Les cas sont rares, dans lesquels il y a ostéite sans nécrose consécutive, et plus rares encore sont ceux où il y a nécrose sans ostéite primitive. La partie éliminée de l'os est alors très petite et peut passer inarperçue, ce qui a lieu dans le cas où l'élimination se fait par fragments pour ainsi dire microscopiques (*exfoliation insensible des os*) ou bien la nécrose arrive rapidement, supprimant en quelque sorte la période d'ostéite, ce qui fait croire à une *nécrose d'emblée*.

Comme l'inflammation atteint à la fois le tissu osseux et le périoste, elle est souvent décrite sous le nom d'ostéo-périostite et isolément pour le bord alvéolaire et pour le corps des mâchoires. Nous ferons ressortir, avec l'anatomie pathologique, les particularités qui ont motivé ces diverses distinctions.

Etiologie. — Un fait domine toute la pathologie des mâchoires, c'est la présence, dans leur épaisseur, de dents dont les lésions retentissent toujours plus ou moins sur l'os qui les porte (4). Si l'on excepte, en effet, les cas dans lesquels l'ostéite a pour cause une violence extérieure, et ceux où elle apparaît comme complication de maladies graves, cette affection est toujours consécutive à une altération des dents et, pour mieux préciser, reconnaît pour cause immédiate la périostite alvéolo-dentaire.

Quant aux causes éloignées, elles sont de deux ordres :

1° Locales ;

2° Générales.

---

(1) Sauvages, *nosologia methodica*. — Amsterdam, 1768.

(2) *De la nécrose de la mâchoire inférieure*. — Robert (P.-J.). *De necros ossium*. Th. de maître en chir. — Paris 14 sept. 1776.

(3) *Dict. encycl. des Sciences méd* 2e S. T. V., p. 324 et suiv.

(4) Kirmisson : *Manuel de path. ext.*, p. 601.

I. — Causes locales

Parmi les causes locales, nous rangeons toutes celles qui proviennent des mâchoires elles mêmes, des dents, et la propagation d'une inflammation voisine.

Les causes locales provenant des mâchoires comprennent l'action de tous les agents extérieurs.

Une violente contusion de la face a été quelquefois suivie d'une ostéite et d'une nécrose des parties osseuses atteintes.

Le plus souvent ces complications succèdent à la fracture des os maxillaires, de l'inférieur principalement. Elles sont rares, limitées au voisinage du fragment et d'une guérison rapide dans les fractures simples, chez les sujets bien portants. On les voit habituellement survenir chez les sujets débilités, atteints d'un vice diathésique quelconque, ou lorsque la fracture est comminutive et s'accompagne de plaie sur la peau ou sur la muqueuse communiquant avec son foyer. Dans ce dernier cas, un fragment osseux, detaché de ses connexions périostiques et vasculaires, se nécrose nécessairement; ou bien l'inflammation, débutant par les parties molles, se propage au périoste et à l'os, et ainsi se déclare une ostéopériostite d'intensité variable, et une nécrose plus ou moins étendue (1).

Ces accidents s'observent surtout dans les fractures des maxillaires par armes à feu. Ils peuvent encore reconnaître comme cause mécanique agissant directement sur l'os, l'avulsion maladroite des dents et même l'avulsion la plus correcte lorsqu'elle est pratiquée chez des sujets prédisposés.

A la mâchoire inférieure, lorsque la muqueuse gingivo-buccale est déchirée, la fracture communique avec la cavité buccale, dont les produits de sécrétion ne tardent pas à enflammer le foyer. De là des accidents de septicémie, d'infection putride, sur lesquels M. Richet a particulièrement insisté. La stagnation des liquides putrides a en outre une influence locale tout à fait en rapport avec notre sujet. Par elle-même elle détermine sur les fragments de l'os en contact avec le foyer d'inflammation une ostéite qui s'étend à une partie plus ou moins grande du maxillaire et se termine le plus souvent par la nécrose et l'élimination d'une lamelle osseuse d'épaisseur variable.

Cette stagnation des liquides putrides dans les cavités morbides de la bouche peut amener des accidents du même genre dans d'autres cas, plus communs, et qui se rencontrent presque journellement dans la pratique des dentistes ; nous voulons parler des la rétention du pus dans les alvéoles à la suite de l'extraction des dents inférieures, les molaires en particulier, et dans les kystes des mâchoires, après leur ouverture, soit spontanée, soit chirurgicale.

---

(1) Gerdy : *Arch. gén. de méd.* 1835, p. 433; Follin, cité par Gillette, art *Maxillaire* du Dictionnaire encyclopédique

Nous avons démontré (*Gazette hebdomadaire*, 1885, n° 52), qu'à la suite de l'extraction des dents inférieures, le sang et la lymphe coagulés forment une sorte de bouchon qui obture l'entrée de l'alvéole et s'oppose à la sortie du pus qui se produit dans le fond. Si l'on n'a pas soin d'enlever tous ces produits morbides qui stagnent dans l'alvéole, ils se putrifient et donnent lieu à une inflammation vive de la paroi alvéolaire ; il en résulte une nécrose légère qui peut atteindre un ou deux millimètres d'épaisseur et quelquefois davantage.

La même chose arrive pour les kystes ouverts spontanément ou chirurgicalement. Lorsque l'ouverture est étroite, l'inflammation s'empare de la cavité, le pus ne peut s'échapper et l'inflammation se propage plus ou moins rapidement à la paroi osseuse. Nous avons connaissance de plusieurs cas de ce genre survenus à la suite du traitement des kystes par l'ouverture étroite et le drainage ; les lavages du kyste et le nettoyage du drain n'ayant pas été faits assez souvent, le pus s'est épaissi dans le tube ou dans la canule perforée, et sa stagnation dans le foyer a déterminé une inflammation violente suivie d'ostéite et de nécrose parfois très étendue de la paroi osseuse du kyste.

Tous les caustiques appliqués sur le tissu osseux peuvent en déterminer l'inflammation et la nécrose. Tels sont les acides chlorhydrique, azotique, sulfurique, phénique, employés autrefois en collutoire ou pour détruire les fongosités gingivales. La substance, mal appliquée, fuse sur le tissu osseux et y détermine une lésion d'intensité variable. Nous avons tout récemment observé une nécrose de l'angle de la mâchoire qui avait succédé à de nombreuses injections, pratiquées par un dentiste maladroit, d'acide phénique en solution saturée liquide, dans une petite fistule dentaire.

Mais le plus souvent les caustiques ne retentissent qu'indirectement sur les maxillaires par suite d'une application irrationnelle au traitement de la carie dentaire.

Paget rapporte qu'un matelot souffrant beaucoup d'une névralgie dentaire, introduisit dans la dent malade, pour se soulager, un peu du jus de tabac accumulé dans sa pipe. Il en résulta une violente inflammation suivie de nécrose d'une partie de la branche montante du maxillaire inférieur, que Paget enleva trois mois après (1).

On connaît aussi des exemples d'individus qui, dans le but de calmer certaines douleurs, ont introduit dans une cavité de carie pénétrante des substances diverses, des acides minéraux, par exemple l'acide chlorhydrique, l'acide azotique, l'acide sulfurique même, qui, à raison de leur état liquide, ont fusé près de la racine et ont atteint le fond de l'alvéole. Presque toujours, à la suite d'une si imprudente pratique, on assiste à une explosion

(1) *The Lancet*, 23 juin 1866, t. I. p. 684.

d'accidents inflammatoires suraigus bien autrement graves que ceux de la périostite ordinaire et dont la terminaison est une ostéite du maxillaire avec nécrose.

Nous avons observé un fait de ce genre.

Un médecin de campagne s'étant appliqué dans une dent profondément cariée une goutte d'acide azotique, des accidents éclatèrent et une nécrose avec fusées purulentes multiples envahit toute la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Mais de toutes les substances ainsi employées, celle qu'il faut le plus incriminer est l'acide arsénieux, si généralemnnt employé dans la carie pénétrante pour détruire la pulpe dentaire.

En applications intempestives, longtemps continuées, en quantité trop considérable, mal contenu (1), l'acide arsénieux peut déterminer sur les mâchoires, et de deux façons très différentes, des accidents inflammatoires locaux.

Introduit dans l'intérieur d'une dent, largement ouverte au sommet radiculaire comme le sont les dents jeunes, l'acide arsenieux traverse toute la longueur de la racine et arrive au fond de l'alvéole (*nécrose intra-alvéolaire*) où il produit ses ravages.

Dans le second cas, le caustique mal appliqué, mal contenu, sort de la cavité dentaire par la porte d'entrée et attaque successivement la gencive, le périoste, l'os, en un mot toute la cloison interalvéolaire qui sépare les deux dents voisines (*nécrose extra alvéolaire*).

Ces accidents des cautérisations arsenicales sont extrêmement fréquents, Tomes cite (p. 372) le cas suivant : carie non pénétrante, pansement à l'arsenic pour émousser la sensibilité de la dentine ; fusée sur la gencive, le maxillaire ; ostéite, destruction de sept dents voisines et de tout le rebord alvéolaire correspondant. Le docteur Combes en a consigné plusieurs exemple dans sa thèse (2).

L'évolution de certaines dents détermine quelquefois une compression toute locale qui peut entraîner l'inflammation osseuse C'est le cas des canines, et plus fréquemment des dents de sagesse inférieures.

Voici quel est alors le processus pathogéniqne. Une dent de sagesse en voie d'éruption est trop volumineuse pour la plus qu'il lui reste dans le maxillaire, ou par suite de sa direction vicieuse, vient s'arcbouter soit contre la deuxième grosse molaire, soit contre la branche montante du maxillaire.

Alors la racine, en voie de développement, exerce sur le tissu osseux qui l'entoure, et dans une direction opposée à celle de la couronne, une compression d'autant plus grande qu'elle devient plus volumineuse. Dans ces conditions, l'osest affecté tout d'abord par la pression toute mécanique qu'exerce sur lui la racine. Cette

---

(1) Voir notre brochure : *Les pansements en chirurgie dentaire*. — Paris 1887, p. 38.

(2) Th. doct. Paris 1879, p. 52.

compression provoque un certain degré d'ostéite qui peut se terminer par la nécrose, ainsi que l'ont bien étudié quatre de nos élèves (1). Depuis Toirac, qui a bien décrit ces accidents (2), de nombreux cas de nécrose consécutive à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse ont été signalés par les auteurs (3).

Les canines, qui sont les dernières à pousser dans leur région, se trouvent aussi, moins fréquemment il est vrai, dans des conditions analogues. Par le rapprochement des dents voisines, leur place est rendue insuffisante et leur éruption entravée. Tomes a cité un cas de séquestre ayant pour point de départ une canine implantée dans la voûte palatine (4). Nous avons nous-même recueilli et consigné dans la thèse d'un de nos élèves (5) quelques faits de ce genre qui sont tous relatifs à des canines supérieures en évolution tardive.

Les tumeurs, les kystes, qui par compression amènent généralement l'usure, la résorption des os peuvent aussi déterminer un certain degré d'ostéite des mâchoires. Il n'est pas rare de trouver au milieu de l'épithélioma des maxillaires des portions d'os nécrosées.

Mais la cause la plus fréquente est la propagation d'une inflammation voisine, et entre toutes de la périostite alvéolo-dentaire.

Dans ce dernier cas, l'inflammation du périoste dentaire envahit rapidement la paroi contiguë de l'alvéole. Elle peut s'arrêter là, ce qui est le cas le plus fréquent, et guérir après avoir formé un abcès qui s'ouvre, soit du côté de la bouche, soit du côté de la face ; ou bien il se fait une nécrose limitée à l'alvéole de la dent malade, (*Ostéopériostite du bord alvéolaire*). Mais il peut arriver aussi que l'inflammation s'étende davantage, gagne une notable partie du bord alvéolaire, et atteigne le corps de la mâchoire. Quelquefois la mortification occupe l'os dans toute son épaisseur et dans toute son étendue. M. Gosselin (6) a cité des cas de ce genre, où la nécrose de la mâchoire avait nettement pour cause une altération dentaire.

Les lésions traumatiques des dents, fractures, luxations (7)

---

(1) ARNUPHY. Etude sur les anomalies de la dent de sagesse inférieure. Th. doct. Paris 1876. — COMOY. Des déviations de la dent de sagesse inférieure et de leurs accidents. Th. doct. Paris 1876. — RICHAUD. Essai sur les fistules dentaires, Th. doct. Paris 1877. — COLLE. Quelques considérations sur les fistules osseuses d'origine dentaire, th. doct. Paris 1885. — Voir aussi la remarquable thèse d'agrégation de notre ami le prof. HEYDENREICH. Paris 1878.

(2) TOIRAC. Déviation de la dernière molaire inférieure, Th. doct. Paris 1826.

(3). DÉSIRABODE, Th. de Paris 1836. — CHEVASSU, Th. de Paris 1873. — RICHET, Gaz. des Hop. 1877. p. 772, etc.

(4). TOMES. Traité de chirurgie dentaire, trad. française, Paris 1873, p. 160.

(5). PERROLLAZ. Considérations sur quelques anomalies des dents canines, Th. doct. Paris 1878.

(6). GOSSELIN. Clin. chir, t. 11, p. 26 et suiv.

(7). MAUREL. De la pulpite dentaire, Th. doct. Paris 1873.

avec rupture du cordon dentaire, les opérations qui peuvent se pratiquer sur ces organes ; aurifications, avulsions, redressement, etc. n'agissent qu'en produisant l'inflammation du périoste. Dans la plupart des cas, celui-ci n'est l'objet que d'une irritation nulle ou peu étendue et qui ne retentit que dans la portion alvéolaire de l'os ; mais chez les sujets prédisposés par un mauvais état général, syphilis, scrofule, etc., cette inflammation d'origine dentaire s'étend au corps du maxillaire et peut se terminer par la nécrose de celui-ci.

L'éruption vicieuse des dents, dont nous avons déjà signalé le mode d'action toute mécanique, intervient encore comme cause de périostite alvéolo-dentaire. La racine d'une dent entravée dans sa sortie se prend d'une inflammation plus ou moins intense, qui se transmet au tissu osseux contigu. Celui-ci se trouve donc alors atteint de deux manières : tout d'abord par la compression directe, et ensuite par propagation de l'inflammation périostale.

La propagation inflammatoire peut venir à l'os de la part de la muqueuse buccale. On l'observe dans les gingivites phlegmoneuses, dans la stomatite ulcéro-membraneuse par exemple, et ici la cause, aujourd'hui reconnue toute mécanique, de la stomatite, l'éruption de la dent de sagesse, joint encore son action spéciale à la propagation inflammatoire.

Le scorbut est une autre cause d'ostéite des mâchoires. Autrefois, lorsqu'il régnait en épidémies graves, amenant des lésions étendue à presque tous les os, décollements des épiphyses, etc., on aurait rangé l'ostéite et la nécrose scorbutique des maxillaires parmi les affections de ce genre, dépendant d'une cause générale ; mais actuellement, grâce aux progrès de l'hygiène, on n'a plus que rarement l'occasion d'observer ces formes graves du scorbut ; celui-ci, le plus souvent, est limité aux gencives, et en réalité il s'agit ici bien moins de l'état général que de l'affection locale. Ce que l'on observe tout d'abord dans la bouche c'est, une inflammation phlegmoneuse des gencives qui peut parfaitement rétrocéder sans complication osseuse ; ce n'est qu'en s'aggravant faute de soins, de traitement, ou par la persistance de la cause générale, qu'elle se propage au périoste alvéolo-dentaire et par suite au tissu osseux dont elle peut produire des mortifications partielles.

Il en est de même de la nécrose mercurielle. Eliminé en partie par la salive, toutes les fois qu'il est introduit dans l'organisme, ce qui arrive ordinairement chez les ouvriers qui l'extraient des mines ou le manipulent dans l'industrie, ou chez les malades qui l'absorbent à titre de médicament, le mercure est susceptible de déterminer une gingivite phlegmoneuse. Ce n'est qu'à titre de complication, que survient la périostite entraînant la chute des dents et par suite une ostéite, une nécrose des maxillaires à laquelle le malade peut parfois succomber.

Cette variété de nécrose était autrefois très fréquente à l'époque ou l'hydrargyrisme buccal était intentionnellement provoqué et

devenait la preuve de l'efficacité du traitement. Stanley en 1849, considérait encore la salivation mercurielle comme une des principales causes de nécrose du maxillaire inférieur (Loc. cit. p. 72). Mais aujourd'hui, avec la réserve apportée dans le traitement de la syphilis, cette complication est des plus rares.

L'éruption des dents peut quelquefois chez des enfants débilités produire des suppurations des maxillaires. Il s'agit encore ici, à part la prédisposition générale, d'une prorogation toute locale. Une inflammation prend naissance dans la gencive soulevée, devenue phlegmoneuse et se transmet par continuité à l'os sous-jacent.

D'autres affections de voisinage peuvent encore se propager au maxillaire et en déterminer l'ostéite et la nécrose. Tels sont les phlegmons périmaxillaires, le noma. Il faut considérer cette affection comme locale ou plutôt comme la localisation d'une affection grave sur la bouche, les joues, et c'est par propagation des parties molles aux maxillaires qu'elle détermine chez les enfants pauvres et débilités une inflammation suraiguë du périoste suivie de nécrose.

Dans cette longue énumération, nous avons considéré comme locales certaines causes réputées générales par la plupart des auteurs. Mais n'est-il point permis de se demander si, de la part de praticiens peu au courant de la pathologie buccale, il n'y a pas eu erreur sur la véritable étiologie de la maladie ?

Une carie est quelquefois dissimulée, facilement méconnaissable. Dans la production de la nécrose des mâchoires, on a donc pu mettre sur le compte d'une affection générale concomitante, la part qui revient toute entière à une périostite chronique.

II. Causes générales

Les causes générales se rapportent, les unes à certaines diathèses, maladies ou états constitutionnels, les autres à certaines intoxications.

A. *Nécroses diathésiques ou des maladies générales.* — L'ostéite et la nécrose des mâchoires qui rentrent dans cette catégorie sont assez rares, relativement aux autres. Elles forment deux groupes, suivant la gravité et l'acuité des phénomènes qui les accompagnent et qui sont en rapport avec la cause qui leur a donné naissance.

Dans le premier sont les ostéites aiguës qui dérivent des fièvres graves : fièvres éruptives, typhoïde, pneumonie, rhumatisme. Le second comprend les ostéites subaiguës ou chroniques qui sont liées au diabète, à la syphilis et à la scrofule.

La nécrose des fièvres éruptives, signalée et bien décrite par Salter sous le nom de nécrose exanthematique des mâchoires, survient le plus souvent chez des enfants de six à sept ans, dans la convalescence des fièvres éruptives, et, en particulier, de la

scarlatine (15 cas) et de la rougeole 15 cas; elle a une marche rapide et s'accompagne de phénomènes généraux intenses. La suppuration s'établit autour des alvéoles, la gencive se détache, et, finalement, un sequestre d'une grosseur variable est éliminé.

Quel est ici le processus pathologique?

Salter invoque l'action du poison morbide; M. Guyon, prenant surtout en considération l'âge des malades, est d'avis qu'elle est plutôt due au mouvement fluxionnaire habituel qui accompagne l'éruption des dents : et, en effet, l'âge d'élection de la maladie est celui où les maxillaires contiennent 48 dents développées ou en voie de développement. Cette condition, qui implique une suractivité très grande de l'os à cette époque, paraît suffire pour expliquer, sous l'influence d'une cause morbide, la périostite et la nécrose. D'ailleurs la preuve que la lésion buccale n'a pas de rapport bien direct avec l'affection générale, c'est qu'on rencontre, et Salter lui-même en a vu, des cas d'ostéite exanthematique chez des enfants parfaitement sains.

Quant à la nature de cette nécrose, on pense généralement avec les autres dépendances de l'épithélium, des modifications vitales Salter que les dents, étant d'origine épithéliale, subissent, comme qui aboutissent à la nécrose; en effet on observe parallèlement, après les mêmes maladies, la desquamation épidermique, la chute des cheveux, des poils, des ongles. Ainsi s'explique encore l'influence de la fièvre typhoïde sur les dépendances du système épithélial et dans la production des ostéites.

« A côté de ces ostéo-périostites succédant aux fièvres graves et à marche très aiguë, il faut placer, dit M. Kirmisson (*loc. cit.*, p. 907), l'ostéomyélite de développement qui peut se montrer sur le maxillaire inférieur. » Cette affection, qui n'atteint généralement que les os longs, s'observe, en effet, sur la mâchoire inférieure. M. Lannelongue en a rapporté un exemple terminé par une vaste nécrose.

Nous ne pensons pas devoir rapprocher de ces faits celui qui est mentionné par M. Duplay. Une jeune femme, atteinte de pneumonie, succomba à une ostéo-périostite généralisée de tout le maxillaire supérieur, ayant pour point de départ une molaire cariée (1). N'y avait-il point là une simple coïncidence entre l'affection pulmonaire et la lésion occasionnée par la carie et la périostite dentaires?

Cette présomption, d'une cause locale méconnue, nous l'appliquerions encore volontiers à l'ostéite rhumatismale décrite par Graves.

Dans le diabète, la lésion observée le plus ordinairement aux mâchoires est celle que nous avons désignée et décrite comme affection spéciale, sous le nom de *Maladie de Fauchard*. C'est une ostéite raréfiante, une résorption lente des procès et du rebord

---

(1) Duplay, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. IV, p. 722.

alvéolaires, qui est sous la dépendance du trouble de nutrition qu'occasionne le diabète.

Toutes ces causes générales agissent en produisant une débilité profonde de l'organisme, une sorte de dépression vitale. Il y a alors un trouble dans la circulation, une altération de la nutrition des gencives et du périoste. « La débilité du sujet, dit Laffin, influe considérablement sur la nécrose des maxillaires. Sa puissance est telle que, sans le secours d'aucune cause déterminante, elle peut frapper de mort une partie plus ou moins considérable des mâchoires (1). »

Cela est vrai ; mais pourquoi la mâchoire seule est-elle atteinte ? Comment se fait-il que les autres os soient épargnés ? Devons-nous admettre que les maxillaires sont le point faible de l'économie, le *locus minoris resistentiæ* ? L'anatomie particulière des maxillaires, au sein desquels sont implantées les dents, leur situation superficielle, leurs usages, leurs rapports avec le milieu buccal......, nous expliquent mieux la relation qui existe entre la mortification du tissu osseux de cette région et certaines affections générales. Cette théorie ajouterait à une prédisposition générale l'influence probable d'une prédisposition locale.

La scrofule, la syphilis attaquent également les mâchoires, et plus souvent la supérieure dans sa partie palato-nasale. Les nécroses qui en résultent succèdent tantôt à une lésion des parties molles, tantôt à une altération primitive du périoste.

Dans le premier cas, une ulcération de la peau peut constituer la lésion initiale. Mais le plus habituellement, c'est la muqueuse buccale ou nasale qui est le point de départ et le siège des ulcérations ; puis le périoste s'enflamme, et le tissu osseux se prend consécutivement. Il est détruit peu à peu, par résorption moléculaire ; *il ne se forme pas de séquestre* (carie). Ajoutons que la membrane alvéolo-dentaire peut être le siège initial d'une gomme.

Dans le second cas, le périoste est le premier atteint ; il se forme une périostite gommeuse ; les parties superficielles de l'os prennent une part plus ou moins grande à l'inflammation, et il survient une carie ou une nécrose de la portion atteinte.

M. Ricord attribue ces désordres, non seulement à la périostite, mais à une ostéite superficielle. Il se forme des collections purulentes qui décollent le périoste ; en ouvrant ces abcès sous-périostiques, on trouve les os affectés tantôt de dénudation simple, tantôt de carie et de nécrose à différents degrés de profondeur (2).

M. Duplay exprime les mêmes idées.

L'influence de lésions antérieures et concomitantes sur la pro-

---

(1) Laffin : *Des arcades alvéolo-dentaires*. Th. de doct. Paris, 1876.

(2) Ricord : *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1838. — On lira avec intérêt le chapitre que notre ami M. Jullien a consacré aux affections syphilitiques des maxillaires dans son excellent *Traité des maladies vénériennes*, 2e édition, P. 910, Paris, 1886.

duction de la nécrose syphilitique a été aussi invoquée. Certaines périostites dentaires chroniques peuvent être la cause occasionnelle de l'ostéite des mâchoires ; de même une lésion insignifiante de la bouche peutdevenir, sous l'influence de la syphilis, le point de départ du processus nécrotique.

Les nécroses syphilitiques et scrofuleuses diffèrent peu comme mécanisme et comme aspect. On ne peut guère les distinguer et reconnaître leur origine que par l'étude des antécédents et l'essai du traitement spécifique.

Nous rapprochons de l'ostéite et de la nécrose syphilitiques des mâchoires, l'altération désignée sous le nom de carie. C'est une lésion ulcéreuse de l'os due à la syphilis ou à la scrofule. Elle consiste en ostéites suivies de nécrose miliaire, consécutives au coryza ulcéreux, ou en ostéites gommeuses qui se terminent de la même façon.

En outre de la résorption lente qui caractérise la maladie de Fauchard, les arcades alvéolo-dentaires seraient frappées d'une autre résorption pathologique.

Désignée par L. Labbé sous le nom d'affection singulière des arcades alvéolo-dentaires, et observée depuis par Dolbeau, Dubreuil et Duplay (1), cette affection paraît être aussi de nature syphilitique, tout en affectant une marche plus lente. A la mâchoire supérieure, où elle a été observée, elle fait disparaître successivement l'arcade dentaire, le plancher du sinus maxillaire ou la voûte palatine.

B. *Nécroses toxiques.* — Nous rangeons, sous cette dénomination, des nécroses consécutives à la pénétration dans l'économie, d'une substance active déterminant l'inflammation et une mortification plus ou moins étendue de l'os.

Necrose arsenicale. — L'arsenic, absorbé sous forme de médicaments ou sous forme de poussières dans certaines industries, produirait des inflammations osseuses.

Un malade, du service de Laugier, était atteint d'une nécrose des mâchoires, qui aurait été produite par un séjour prolongé dans un atelier de papiers peints, pour lesquels on emploie des préparations arsenicales (2).

Stanley (3) avait déjà admis la possibilité de ces nécroses.

Nécrose phosphorée. — L'industrie des allumettes chimiques, découverte vers 1834 par Savaresse, a fait apparaître une nouvelle maladie que caractérisent spécialement l'ostéite et la nécrose des mâchoires. Consécutivement, les autres os de la face et du crâne peuvent être envahis, mais les autres parties du squelette ne le sont jamais ; le maxillaire inférieur est le plus souvent atteint.

Aucune distinction à faire au point de vue de l'âge ni du sexe.

---

(1) Follin et Duplay : *Traité élément. de pathol. externe*, t. IV, p. 739.

(2) *Méd. Times and Gaz.*, 1862, t. II, p. 2.

(3) Arch. de Virchow, 1872, t. LV, p. 11, et Gaz. heb., 1872, p. 731.

L'affection observée pour la première fois à l'hôpital de Wieden, de Vienne (1839), fut décrite presque en même temps par Lorinzer, de Vienne, et Strohl, de Strasbourg. Les nombreux travaux parus depuis sur la question ne nous ont pas encore fixé sur la voie de pénétration du phosphore, sur la raison de sa localisation aux mâchoires.

Un premier fait est constant : c'est que la nécrose observée presque exclusivement chez les ouvriers employés à la fabrication des allumettes, plus spécialement à la trempe, au séchage à la mise en boîtes (et nous verrons pourquoi), n'atteint que rarement ceux qui travaillent à la préparation du phosphore. Il est néanmoins aujourd'hui bien établi que le mal chimique est d'origine phosphorée et ne reconnaît pas d'autre cause.

Quel est le mode d'action de la substance toxique ? Agit-elle après avoir été absorbée et au moment de son élimination par la glande salivaire, comme le mercure, ou bien agit-elle directement sur la muqueuse buccale et la mâchoire?

Intoxication générale.—Cette opinion fut avancée par Lorinzer, qui considéra la nécrose comme une des manifestations de l'empoisonnement général, d'une dyscrasie due à cette intoxication et causée par l'absorption prolongée de vapeurs de phosphore. Elle trouve un appui dans les troubles généraux graves Gubler, Langenbech) qui précèdent l'éclosion des accidents locaux et qui constituent une période d'incubation quelquefois assez longue (cinq et huit ans). Le malade peut même avoir quitté depuis assez longtemps l'atelier lorsqu'il ressent les premières atteintes du mal. Cette théorie fut reprise sans succès par J. Adam (1) ; mais un travail important de G. Degner rappela l'attention sur elle. A la suite d'une amputation de la cuisse chez un individu qui avait travaillé a la fabrication des allumettes, il survint une ostéo-myélite et une nécrose du fémur à marche rapide. Frappé de ce fait et de l'épaississement du périoste constaté au moment de l'opération, Degner pensa que l'action générale du phosphore sur l'organisme était la cause de ces phénomènes. Il administra, en conséquence, à des animaux, du phosphore en pilules, fit comparativement des applications locales de phosphore sur les os, et conclut que la nécrose pouvait survenir de deux manières : par action générale ou intoxication chronique, caractérisée par une altération du sang, un épaississement du périoste, la formation exagérée du tissu compact et la diminution des espaces médullaires ; par action locale, en produisant des périostites.

De plus, les autopsies pratiquées montrent des altérations viscérales, la coexistence fréquente de la tuberculose et de la nécrose, une stéatose généralisée. (Observation de Bucquoy, in thèse de Jagu, contribution à l'étude de la nécrose de cause phosphorée, p. 44, Paris, 1874.)

---

(1) Dubois, *loc. cit.* 336.

Une observation publiée par nous démontre d'une façon concluante. l'influence du phosphore absorbé. C'est un cas de gingivite phlegmoneuse produite par l'administration, dans un but aphrodisiaque, de pilules de phosphore de zinc (*Gaz. hopit.* 1878, nº 102). De son côté M. Eulos (*th doct* Paris 1868) a aussi rapporté certains faits de gingivite et d'ébranlement des des dents à la suite de traitements phosphorés.

Enfin, tout récemment, M. Hutchinson a appuyé cette théorie d'une observation analogue qui corrobore pleinement les vues de Degner. « Une dame avait pris trois fois par jour, pendant deux ans, une pilule de kirby, contenant un milligramme de phosphore. La nécrose du maxillaire inférieur en était résultée, de nombreuses fistules s'étaient ouvertes dans la bouche et sur la peau et la suppuration était très abondante. Après une consultation avec sir J. Paget, M. Hutchinson enleva le sequestre, et la malade guérit.»

Malgré toutes ces raisons dignes cependant d'être pesées, malgré les récents efforts du docteur Hahn (1), en vue de la réhabiliter, la théorie de Lorinser est aujourd'hui abandonnée. On ne paraît point vouloir non plus admettre une autre théorie qui en dérive, celle de M. Desprez qui admet l'absortion des vapeurs du phosphore et leut élimination par les gencives, il y aurait une guigivité phosphorée, comme il en a une mercurielle.

Intoxication locale. — La seconde opinion, celle d'une action directe sur les mâchoires, fut présentée dès le début par Strohl. Comment la substance nocive peut-elle atteindre le tissu osseux ? En pénétrant à travers la gencive, d'après Strohl (origine gingivale); en pénétrant à la faveur des dents cariées ouvertes, d'après Roussel (origine dentaire).

Roussel émit le premier l'idée que l'altération d'une ou plusieurs dents est une condition indispensable au développement de l'ostéite et de la nécrose des os maxillaires. La pulpe étant détruite et le canal radiculaire se trouvant ouvert, le phosphore arriverait directement sur le périoste alvéolo-dentaire, d'où périostite, chute des dents et consécutivement nécrose de l'os. Il avait, en effet, noté que tous les ouvriers affectés avaient une ou plusieurs dents malades, ou affirmaient avoir eu les dents gâtées avant le début du mal et même avant leur entrée à la fabrique (2). Pour lui, la carie dentaire, en mettant à nu la pulpe, était la porte d'entrée nécessaire à la nécrose.

Les expériences de Bibra et Geist confirmèrent cette manière de voir; après avoir exposé des animaux à l'influence du phosphore, ils n'ont pu constater aucune lésion tant que les dents et les mâchoires étaient intactes, mais la nécrose se montrait rapidement

---

(1) *Zeitschrift fur Zundwaarn* fabrication août 1882 nº 125.
(2) Roussel et Gendrin. *Revue Médicale.* 1846.

lorsque les maxilliaires étaient mis à nu, soit par l'avulsion des dents, soit de tout autre manière (1).

En 1857, M. Trélat se ralliant aux idées de Strohl, démontre que les expériences de Bibra s'écartaient trop des conditions dans lesquelles la necrose phosphorée se produit chez les ouvriers, que la carie dentaire n'est pas une condition necessaire pour la production de cette nécrose, qu'elle n'en est qu'une des causes predisposantes. Le phosphore porté par la salive imprègne le tissu gingivale qui s'enflamme et qui transmet son inflammation au périoste alvéolo-dentaire. Les vapeurs phosphorées n'exercent pas une action élective et délétère sur les gencives, ce sont les gencives qui sont disposées de façon à en subir spécialement l'influence. Cette disposition des gencives consiste dans leur constitution anatomique, dans l'absence de glandes et de mue éphithéliale incessante qui protègent les autres muqueuses exposées à l'action des vapeurs phosphorées, muqueuses oculaire, nasale, buccale et bronchique. De plus, l'accumulation et le séjour de substances alimentaires et autres dans les espaces interdentaires favorisent encore l'action nocive du phosphore sur le tissus gingival (2).

Longtemps admise comme démontrée, l'opinion de M. Trélat trouva cependant quelques incrédules en Salter Tomes etc...

J. Tomes, dans son remarquable ouvrage, s'exprime ainsi : « On ne saurait citer un seul cas de nécrose phophorée chez les personnes dont les dents sont saines, et un grand nombre d'ouvriers qui avaient travaillé pendant des années dans les fabriques n'ont été atteints qu'à la suite de carie dentaire (3).

M. Magitot partage ce même sentiment et considère la carie pénétrante comme la porte d'entrée invariable et exclusive du poison.

On peut opposer à la théorie de l'origine dentaire des observations de nécrose survenue en dehors de toute carie (Trélat, p. 28, 29, 31). Grandidier, cité par Heath, a noté un cas de nécrose phosphorée sur un enfant âgé de six semaines à propos duquel on ne peut évidemment pas invoquer le rôle pathogénique des dents (4). On peut encore lui opposer certains arguments émis en faveur de l'intoxication générale et notamment le fait de Hutchinson.

Le phosphore pénétrerait comme l'arsenic employé pour détruire la pulpe, en fusant le long de la racine, sortant par le fo-

---

(1) Bibra et Gjest-Die Krankheinten der Arbeinten in des Phosphorzündholzfabriken, Erlangen, 1847.
(2) Trélat (U). — De la nécrose produite par le phosphore, Th. d'agrég. en chir., Paris, 1857.
(3) J. Tomes. Traité de chirurgie dentaire, trad. franc. par Darin, Pari 1873, p. 452.
(4) Heath injuries and diseases of the jan p. 124.

ramen et atteignant le périoste et l'os. Mais hormis le cas des dents jeunes encore incomplétement formées, les racines sont rarement ouvertes à leur sommet ; elles sont obstruées par un restant de pulpe, par un corps étranger quelconque..., ou bien extérieurement elles sont fermées par des hyperostoses et autres altérations cémentaires. Elles ne donnent que très rarement passage aux substances mêmes liquides que l'on met en leur intérieur. Pour notre part nous n'avons jamais vu l'acide arsenieux déterminer des accidents, que mal appliqné, mal contenu et sortant par sa porte d'entrée.

Le doute n'est donc pas entièrement dissipé.

Mode d'action ; état chimique.

Depuis Strohl on admet que c'est à l'état d'acide phosphorique qu'agit le phosphore par son oxydation au contact l'atmosphère. Cette oxydation qui n'a pas lieu dans la préparation du phosphore, s'opère facilement dans la fabrication des allumettes, ou la substance entre en combustion.

Les vapeurs phosphorées dégagées des cuves ou des allumettes se portent sur l'enduit gingival les espaces interdentaires ou bien dans la cavité et sur le contenu d'une carie. Là à la faveur du milieu chaud et humide où elles se trouvent, elles passent d'abord si elle n'y étaient déjà à l'état de diverses combinaisons gazeuses (acide phosphoreux, hydrogène sulfuré..) puis d'acide phosphorique.

Ainsi condensés ces produits pénètrent, la gencive ou la dent pour atteindre finalement le périoste. L'influence constante continuant son œuvre par l'apport incessant d'autres vapeurs l'ostéite et la nécrose alvéolaire succèdent rapidement à la périostite.

Pour la plupart des auteurs, le phosphore ne serait que l'agent de la périostite dont les lésions osseuses seraient la conséquence. Suivant Baür (1) au contraire, l'acide phosphorique attaquerait directement les os, leur ferait subir une sorte de décomposition chimique qui leur ferait perdre leur résistance et les rendrait plus aptes à s'enflammer.

Tel est l'état actuel de nos connissances sur le phosphorisme des mâchoires.

(1) Ueber die Entstehung des necrose in der Zündholzfabriken ; Wurt, méd. Corr. Bl. 1849 p. 3 et Gaz. méd de Paris 1850 p. 627.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 avril 1887

Présidence de M. Poinsot, président.

I. Injections de cocaïne pure dissoute dans l'oléo-naphtine. II. Présentation d'obturations avec morceaux d'émail de dents naturelles rapportés. — III. Cautérisation et extirpation de la pulpe.

I. Injections de cocaine pure dissoute dans l'oléo-naphtine.

M. Poinsot, fait une communication sur un nouveau véhicule de la cocaïne pour injections sous-gingivales. (Voir *Odontologie*, avril 1887, page 168).

Des remerciements sont votés à MM. Poinsot et Viguier.

II. Présentation d'obturations faites avec un revêtement d'émail de dents naturelles.

M. Meng présente un travail exécuté dans la bouche d'une de ses clientes, il s'agit d'obturations de cavités à l'aide d'émail de dents naturelles. Ces obturations ont été faites sur les faces latérales adjacentes des grande et petite incisives supérieures gauche L'auteur de la présentation ajoute: je prépare ma cavité avec le plus grand soin tout comme s'il s'agissait de faire une obturation ordinaire. Je taille ensuite un morceau de dent naturelle dans la région de la dent qui correspond autant que possible au siège de la carie en ayant soin de laisser une surface d'émail égale à l'orifice de la carie. Je me sers du Poulson comme substance plastique.

La difficulté est de placer à la fois le ciment et le morceau de dent car il faut donner a celui-ci sa situation exacte. Pour faire cette opération je mets la digue et laisse secher complètement avant de l'enlever.

M. Prevel. C'est une simple obturation, le ciment seul fixe la surface d'émail.

M. Blocman. Vous trouvez tout simple de faire cette opération, mais vous oubliez de nous donner la marche à suivre. Avez-vous des points de repère pour tailler la dent naturelle et des points de rétention pour la faire tenir.

M. Poinsot. Je ferai observer à M. Meng qu'il soumet à la société un travail très bien exécuté, mais qu'il néglige de l'accompagner d'une communication détaillée.

M. Meng. Messieurs, je vais vous indiquer au tableau. Je fais des points de rétention en haut et en bas de ma cavité et sur le morceau d'ivoire comme je vous montre ici.

M. Blocman. Mettez vous du ciment sur les deux parties avant de les rassembler.

M. Meng. Je m'y suis repris à deux fois car, ainsi que je vous l'ai dit, la difficulté consiste surtout à mettre le morceau d'émail parfaitement à sa place.

M. Prével. J'ai fait la même opération avec des blocs de dentine et d'émail, mais je n'ai pas obtenu de solidité.

M. Meng. Il ne faut pas le faire lorsqu'il y a fatigue des parties obturées.

M. Heidé. J'ai fait un ouvrage analogue, mais à la face antérieure des incisives j'avais découpé, comme le fait M. Meng, une portion d'émail, mais j'avais laissé tout autour une languette de ciment.

M. Poinsot. On a fait le même travail avec des blocs d'émail artificiel munies de pointes de platine, mais il y avait à user soit les blocs d'émail, soit les dents adjacentes.

III. Destructione et extirpation de la pulpe

M. Dubois, fait une communication sur la destruction et l'extirpation de la pulpe. (Cette communication est insérée dans le corps du journal.)

M. Poinsot. On a déja employé l'acide arsénique et on l'a abandonné parce qu'il fusait. M. Dubois nous affirme que le mélange acide arsenique-atropine n'est pas douleureux quand il est mis sur la pulpe exposée. Je le crois, mais les succès qu'il a obtenus venaient peut-être de ceci que la série qu'il a observée était exceptionnellement heureuse. Je lui demanderai : à combien se monte le chiffre de vos observations ?

M. Dubois. Vingt à vingt-cinq ; certaines ont été faites à la clinique de l'école, le professeur de dentisterie opératoire et les élèves qui se sont servis de ma formule, pourront en témoigner.

M. Poinsot. Je pense que cette question est des plus importantes pour notre pratique et nous pourrions remettre au mois prochain la suite de la discussion sur ce sujet.

La proposition est adoptée.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

Le secrétaire général,
Blocmann.

REVUE DE L'ÉTRANGER

INFLUENCE DE LA NOURRITURE SUR LES DENTS

Par le professeur D. W. Miller de Berlin.

Traduit et résumé par M. Touchard

Le sujet que je veux traiter sous ce titre a toujours été un point controversé parmi les dentistes.

L'influence des différents sels sur l'organisme humain et particulièrement des sels calcaires sur le développement du système osseux et sur les os parvenus à leur développement a été l'ojet de nombreuses recherches ; mais je ne sache pas que les dentistes aient fait quelques expériences pour découvrir comment les dents se comportent en présence d'une diminution ou d'une augmentation des sels calcaires.

Les différentes théories sur ce point, s'appuient uniquement sur des observations, faites dans la clinique et d'ailleurs ces dernières ont été tellement contradictoires, qu'elles nous apprennent rien ou fort peu. Tel qui ordonnait à une femme enceinte l'emploi de sels calciques et qui trouvait après quelques années l'enfant pourvu de dents fortes et saines, attribuait ce résultat aux sels absorbés. Tel autre qui, dans les mêmes conditions, trouvait des dents mauvaises accusait les sels calcaires. Il est impossible de tirer une conclusion de pareilles observations, attendu qu'on n'est pas à même d'éliminer les autres facteurs, très nombreux qui ont exercé en même temps leur action.

Il y a, ce me semble, trois questions qui nécessitent une réponse et d'abord :

Est il possible que, même avec une alimentation normale, le corps reçoive une quantité de chaux ou de phosphate insuffisante pour la constitution du système osseux et dentaire ?

Il est relativement facile de répondre à cette question, grâce aux tableaux de Konig sur les aliments. Le suivant que j'ai composé d'après lui, indique les éléments d'eau, de cendre, de phosphate, de chaux etc., que renferment quelques-uns des aliments les plus importants. C'est principalement pour la proportion de chaux que les diverses substances offrent de grandes différences ! ainsi la farine de sagou en renferme 8 parties sur 100,000 et le chou blanc 620 sur 100,000. (Voir ce tableau à la page ci-contre.)

Si nous admettons qu'un individu absorbe par jour une livre de viande, une livre de pain, une livre de pomme de terre, deux litres de bière, et deux litres d'eau de fontaine, nous obtiendrons les chiffres suivants :

	$C^a\ o$	$P^o\ 4$
1 livre de viande	0,000 491	0,00 428
1 — pain	0,000 820	0,00 540
1 — pom. de terre	0,000 226	0,00 161
2 litres de bière	0,000 360	0,00 426
1 — d'eau (Barlin)	0,000 753	—
En tout par jour	0,002 650	0,01 954
Dans une année	0.967 25	7, 1 321

Avec cette nourriture on absorbe donc par an 0, livre 967,25 de chaux et plus de 7 livres de phosphate. Cette quantité de chaux diminue de 0,095 représentant ce qui est évacue dans un an par l'urine donne un reste de 0,89,265 C^a o suseptible d'être employé pour la constitution des os et des dents.

	Eau	Cendre	Potassium	Sodium	Chaux C à O	Majnésium	Phosphate
Chair de ruminants et d'oiseaux, en moyenne	62.00	1.9	0.75	0.20	0.0491	0.064	0.828
Cœur de bœuf	70.08	0.78					
Mou de bœuf	81.03	3.39					
Extrait de viande			7.35	2.278	0.08	0.554	5.25
Œufs	74.00		0.156	0.203	0.098	0.101	0.34
Farine de froment, fine	13.34	0.48	0.14	0.0066	0.031	0.034	0.21
id. grossière	12.65	0.96	0.216	0.00	0.044	0.077	0.35
Pain blanc, fin	35.59		0.37		0.082		0.54
id. grossier	40.45		0.38		0.072		0.612
Riz, mondé	13.11	1.01	0.195	0.046	0.028	0.095	0.45
id. non mondé	9.55	4.9					
Haricots	14.76	3.26	1.28	0.032	0.156	0.21	1.18
Pommes de terre	75.00		0.56	0.027	0.022	0.045	0.16
Choux-Navets	86.00		0.40	0.07	0.126	0.604	0.252
Choux-Fleurs	91.00		0.257	0.103	0.189		0.13
Choux	87.00		0.34		0.62		0.06
Pois	12.73	1.75					
Farine de fèves	10.84	2.95					
Farine d'avoine	10.07	2.24					
Farine de sagou	16.14	0.22					
Farine de tapioca	14.43	0.25					
Lait de Femme	87.02	0.45			0.075		0.102
Lait de vache		0.71			0.164		0.198
Lait de truie	84.04	1.05					
Bière (porter)	87.10	0.419			0.008		0.092
Eau (Berlin)					044à0612		

Un squelette pesant 24 livres renferme, d'après l'analyse de Heintz 9 livres 26 de chaux et 12 livres 7 de P° 4. Avec la nourriture donnée plus haut on aurait donc absorbé en deux ans environ la quantité nécessaire de P° 4, mais seulement, en 10 ans, 6 la quantité suffisante de chaux.

Par cette comparaison il est aisé de voir que la quantité de C^a o assimilée chaque jour est peu considérable, il faut remarquer en outre qu'une partie de la chaux peut ne pas être résorbée et qu'une partie importante est chaque jour évacué par la salive.

Sans doute, chez bien des personnes, la proportion de chaux sera plus grande, soit parce qu'elles mangent davantage ou qu'elles

ont une nourriture plus riche en chaux ou bien qu'elles boivent de l'eau chargée de sels calcaires. Mais beaucoup d'autres sont loin d'absorber dans leur nourriture la quantité de chaux mentionnée plus haut et assurément pas celle qui est nécessaire pour la constitution du squelette : de ce nombre seront principalement les enfants des basses classes, mal nourris et tous ceux qui vivent surtout d'aliments amylacés; tels que le tapioca, le sagou, etc. Un enfant qui absorberait par jour deux livres de farine de sagou, en poudre ou autrement, mettrait 150 ans à obtenir la quantité nécessaire de C^ao.

En pareil cas il faut y remédier par une modification opportune du régime alimentaire et l'absorption de sels calcaires.

Dans le voisinage de Bruxelles, à Middelkirk, se trouve un établissement pour les enfants rachitiques. Le directeur, le docteur Hass, qui a constemment sous sa garde de 100 à 200 enfan's, n'emploie d'autre traitement qu'un air par et une nourriture saine et riche en calcaire. Le docteur Kirtz, dentiste d'un hospice pour enfants sourds-muets à Philadelphie déclare, que peu de mois après l'entrée des enfants il se produit une amélioration surprenante dans l'état de leurs dents. Le gruau d'avoine constitue la partie principale de leur nourriture.

En réponse à la première question, il nous faudra donc convenir que dans bien des cas, la chaux fait défaut et que, par suite, il doit se produire des troubles dans le développement des os et des dents ou des deux à la fois.

Nous arrivons ainsi à la deuxième question :

Quelle est l'influence exercée sur le système osseux par des modifications importantes dans l'absorption de la chaux ?

De nombreuses expériences faites par une longue série d'illustres physiologistes ont établi que, chez les adultes, les modifications du système osseux sont très lentes. Hoppe-Seyler prétend même qu'il est impossible de provoquer une modification quelconque dans la composition chimique des os en augmentant ou en diminuant la quantité de chaux introduite dans l'organisme.

Mais Forster démontre que les animaux, nourris constamment avec des substances dépourvues de cendre, non seulement souffrent d'inanition, mais qu'ils évacuent plus de chaux que n'en pourraient produire les parties molles de l'organisme et que, par conséquent une partie des sels calcaires rejetés doit être empruntée aux os.

Toutefois, d'après Hoppe-Seyler et Zalesky, ce résultat n'est pas produit par une modification dans la composition chimique des os, c'est-à-dire par une décalcification partielle, mais par une atrophie simultanée du tissu tout entier.

Pour ce qui concerne les os à l'état de développement, les données concordent mieux. Les nombreuses expériences de Voit, Tuezek, Zalesky, Hofmeisser et beaucoup d'autres, montrent en effet que la croissance des os est déterminée par la quantité de chaux introduite dans l'organisme. Voit et Tuezek ont nourri de jeunes colombes avec du blé débarrassé de chaux et PO 4. Les

colombes tombèrent bientôt malades et moururent avec les symptômes caractéristiques du rachitisme. D'autres, au contraire, qui reçurent la même nourriture avec addition de petits morceaux de mortier, eurent une croissance normale.

De jeunes chiens, soumis à un régime alimentaire pauvre en chaux montrèrent les mêmes symptômes qui furent entièrement écartés par l'adduction de cendre d'os. Le squelette des chiens malades renfermait 71 6[100 d'eau, celui des chiens guéris seulement 64 9[100. Ces expériences et d autres de même nature, très nombreuses, montrent combien il est important pour le développement normal des os et, croit-on, aussi des dents, de suivre un régime où la chaux entre en quantité suffisante.

Malheureusement, dans ces expériences, on n'a prêté absolument aucune attention aux dents. Il faut cependant bien admettre qu'un phénomène qui exerce une si grande influence sur le système osseux ne laissera pas les dents à l'abri de toute atteinte. Ce qui résulte, en tout cas, de ces expériences, c'est que l'on peut suppléer au manque de sels calcaires dans la nourriture par une simple addition de chaux.

Certains spécialistes américains ont prétendu, dans ces derniers temps, que l'emploi, à l'intérieur, de sels calcaires, ne donne aucun résultat, que l'organisme animal ne possède pas la faculté d'utiliser et d'assimiler les substances inorganiques, et que ces dernières ne peuvent atteindre leur but, que si elles sont prises sous forme organique.

Les expériences citées plus haut prouvent l'inexactitude de cette affirmation. Au reste, on ne voit pas bien la différence qu'il peut y avoir à absorber un décigramme de phosphate de chaux sous forme de viande, de gruau d'avoine ou de sel chimiquement pur. En tout cas, nous obtenons d'abord dans l'estomac du phosphate en acide chlorhydrique, puis décomposition du même avec formation de chlorure de calcium et dégagement de phosphate. En ce qui concerne donc l'effet produit par le manque de phosphate de chaux sur les os parvenus à leur développement, les opinions sont peu concordantes. Pour les os en état de croissance, au contraire, il a été établi d'une manière certaine qu'il en résulte des troubles très graves, mais qui sont écartés sous des conditions favorables, par l'introduction de sels calcaires dans l'organisme.

Nous arrivons maintenant à la troisième question :

Quelle est l'influence exercée sur les dents par une modification importante dans l'adduction de chaux ? La composition chimique des dents peut-elle être modifiée, d'une manière générale, par un changement de régime ? Ou bien des sels calcaires peuvent-ils être empruntés aux dents pour être employés dans une autre partie du corps ?

Nous avons vu que les os, parvenus à leur développement, subissent une modification très lente ou nulle dans leur composition.

Il ne faudrait pas s'attendre, *à priori*, à une modification analogue de l'os dentaire, bien que, d'après Galippe, il se ressent encore plus tôt que les os des troubles de nutrition.

D'un autre côté, la carie rapide des dents, à la suite de grossesses répétées, a été presque unanimement attribuée à ce fait que les dents perdent des sels calcaires qui servent à former le squelette du fœtus. Une femme qui secrète un litre de lait par jour produit dans un an 0 liv. 616 de chaux, c'est-à-dire plus qu'elle n'en absorberait dans le même temps avec une mauvaise alimentation. Chez les adultes, certaines caries molles acquièrent fréquemment de la dureté, tandis que des caries sèches peuvent à leur tour se ramollir : ce fait est également expliqué par un dépôt ou une suppression de sels calcaires.

Les expériences que j'ai faites dans le cours de l'année dernière furent commencées avec trois chiens adultes et deux jeunes. Malheureusement, les deux jeunes chiens moururent avant que l'essai fût assez avancé pour donner des résultats concluants.

A chacun des vieux chiens, d'abord narcotisés, j'enlevai une canine. Puis je les nourris exclusivement avec du lard. Au bout de deux ou trois semaines, ils avaient déjà beaucoup maigri et ne voulaient plus manger le lard. Je fis alors bouillir le lard, je leur donnai en outre un peu de sucre et, une fois par semaine, un peu de viande de cheval ; je réussis ainsi à les conserver jusqu'à la treizième semaine, époque à laquelle j'arrachai à chacun d'eux une autre dent. A partir de ce moment, ils reçurent de la viande de cheval avec une forte addition de sels calcaires. Quinze semaines après, c'est-à-dire sept mois environ après le commencement des expériences, la troisième dent fut extraite.

J'analysai alors les dents et j'obtins la proportion suivante en sels :

	I	II	III
Au début	72.66	72.35	70.77
Après douze semaines sans absorption de chaux	71.52	72.25	70.83
Après quinze autres semaines avec forte addition de chaux	73.11	71.70	71.86
En moyenne	71.93	71.60	72.22

Les dents du premier animal nous montrent une diminution considérable des éléments de cendre pendant la première période et une grande augmentation correspondante pendant la deuxième période.

Les dents du deuxième et du troisième chien ne donnent pas les mêmes resultats frappants. Les unes montrent bien une petite diminution dans la première période, mais non l'augmentation à laquelle on s'attendait pendant la seconde ; tandis que les autres indiquent une augmentation dans la deuxième période, mais pas de diminution dans la première. En prenant la moyenne de trois séries, nous obtenons les nombres 71.93, 71.60, 72.22. Il semble

donc qu'il y ait eu, en effet, pendant la non absorption de chaux, comme un retrait des sels calcaires de l'os dentaire, et un nouveau dépôt à la suite de l'adduction d'une quantité suffisante de sels.

Le nombre des expérieuces a été jusqu'ici trop petit pour que l'on puisse avoir une solution certaine sur ce point ; d'autres évidemment sont nécessaires pour nous donner confirmation.

Mais il y aurait un phénomène encore plus intéressant à étudier : ce serait l'influence de cette même cause, c'est-à-dire insuffisance de calcaire absorbé sur les dents en voie de développement. Malheureusement les expériences que j'ai entreprises dans ce but, d'abord retardées par la mort de deux animaux, ne sont pas encore terminées ; j'espère toutefois être à même, dans quelques mois, de donner quelques renseignements.

Je voudrais maintenant résumer dans les quelques lignes suivantes ce que je me suis efforcé d'établir plus haut.

Une nourriture ordinaire ne renferme pas autant de sels calcaires que l'on croit généralement, et si l'alimentation est insuffisante ou mauvaise, il en résulte une insuffisance de chaux dans l'organisme. De là des troubles graves dans le système osseux en voie de croissance, et, selon certains auteurs, retrait des sels calcaires dans les os parvenus à leur développement. Ce retrait se fait sentir également sur les dents, ainsi qu'il semble résulter des expériences faites jusqu'ici ; mais le fait mérite confirmation. Les troubles signalés plus haut disparaissent devant l'introduction de sels calcaires dans l'organisme.

Nous verrons prochainement l'effet produit par l'insuffisance de chaux sur la croissance et le développement des dents.

L'ACIDE SALICYLIQUE DANS LE TRAITEMENT DES ABCÈS. — L'ACÉTATE DE PLOMB DANS LE TRAITEMENT DES RACINES. — BROCHES CIRÉES POUR MAINTENIR LE COTON.

Par J. F. GRIFFITH, D. D. S., Salisbury, N. C.

Une dame, en mauvaise santé depuis plusieurs mois, souffrait de ce qu'on appelle une rage de dents ; elle fut traitée par un médecin pour une névralgie ; mais, comme elle n'éprouvait aucun soulagement, elle consulta de nouveau. A l'examen, on diagnostiqua un abcès du sinus maxillaire, et on conseilla comme traitement de faire pénétrer des liquides appropriés à travers l'alvéole de la deuxième molaire ; celle-ci étant intacte, devait être arrachée. A cela le médecin s'opposa, objectant que la malade n'était pas capable de perdre une goutte de sang.

Un an plus tard, le même chirurgien ayant été appelé, trouva la patiente dans un état précaire. La joue et l'œil, du côté où siégeait le mal, étaient bouffis et enflés ; une odeur très désagréable se dégageait. La deuxième molaire fut immédiatement

extraite et une ouverture pratiquée jusque dans le sinus, qui fut débarrassé du pus qu'il contenait.

On institua ensuite le traitement suivant : une solution d'acide salicylique fut injectée, au moyen d'une seringue, deux fois par jour, dans le sinus, grâce à la perforation de l'alvéole de la deuxième molaire. Dès le second jour, une amélioration sensible se manifesta ; le quatrième jour, l'écoulement nasal avait disparu et il n'y avait plus de ce côté qu'une légère odeur ; le douzième jour, la malade était renvoyée guérie.

La formule employée était :

Acide salicylique. . .	2 grammes
Borax	1 gr. 50
Eau	100 grammes

Mêlez.

Comme antiseptique et désinfectant, l'acide salicylique est un agent puissant employé avec succès dans le traitement des dents privées de la pulpe.

Il assainit et purifie l'intérieur de la dent, il se comporte comme un désinfectant assez parfait pour rendre absolument inerte toute matière qui pourrait se loger dans le canal.

En essayant d'enlever la pulpe d'une racine terminée en crochet, l'auteur de cette note brisa un tire-nerf qui s'était tordu à l'angle formé par la racine, c'est-à-dire à l'endroit où commençait le crochet. Il ne se présentait aucun moyen facile de retirer le morceau d'acier. L'acide salicylique fut employé énergiquement pendant deux jours, et dans l'intervalle l'obsturation fut faite. Cela se passait il y a dix ans ; depuis, aucune plainte. Pour l'obturation, on avait employé le gutta-percha.

Une autre substance employée par l'auteur, avec plus ou moins de succès, pour traiter les « dents mortes », est l'acétate de plomb. Après avoir enlevé du canal de la pulpe toute matière en décomposition en injectant de l'eau tiède, on entortille autour d'un équarrissoir quelques brins de coton humide et on le charge d'une petite quantité d'acétale de plomb finement pulvérisé. On attend un instant pour que l'humidité du coton ait dissous le sel de plomb, on nettoie bien complètement le canal, après quoi on substitue de la soie floche au coton mouillé. On ramasse autant de sel de plomb pulvérisé qu'il peut en adhérer à la soie, et on introduit le tout, sans fouler, dans le canal dentaire. On peut ensuite fermer ou ne pas fermer le canal ; en tout cas, on enlève le pansement au bout de deux ou trois jours au plus. Une seule application est généralement suffisante. On sèche alors le canal et on l'obture de la façon ordinaire. L'auteur, pour cela, emploie de la gutta-percha préparée, de bonne qualité ; il la chauffe et y incorpore, pendant qu'elle est molle, une petite quantité d'acétale de plomb pulvérisé ; il la façonne ensuite d'après la forme du canal à obturer. L'idée de l'auteur consiste à permettre à l'agent médicamenteux de séjourner dans la dent, tout en remplissant le

canal d'une matière dure. Un moyen auquel on peut se fier pour porter les topiques jusqu'au sommet même de la racine est le suivant : enfoncez l'extrémité d'une broche sans barbes dans un morceau de cire à une profondeur d'un demi centimètre environ ; la cire adhérera à l'instrument et vous pourrez fixer les fibres de soie ou de coton à la cire en faisant tourner la broche deux ou trois fois entre le pouce et l'index : il vous sera facile alors de porter le coton ou la soie aussi loin que pénétrera l'instrument, sans craindre le glissement habituel.

(*British Journ of Dent. Science.*)

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

Manuel d'anatomie dentaire humaine et comparée par MM. les Docteurs C. Demontporcellet et C. Decaudin, avec introduction par M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, avec 85 figures et 4 tableaux dans le texte.

Les auteurs de ce manuel ont voulu rendre accessible l'anatomie dentaire humaine et comparée à tous les praticiens, donner à leurs élèves, un memento permettant de répondre aux examens demandés pour obtenir le diplôme de fin d'études aux écoles dentaires. Ce but ils, l'ont atteint. On ne pouvait présenter des matières réputées arides par les étudiants dentistes, en une langue plus claire, avec plus de méthode et de concision. La préoccupation enseignante domine ce livre. C'est là un mérite de grand prix.

Le manuel d'anatomie dentaire a de grandes qualités et de petites défectuosités. La partie anatomo-physiologique est supérieurement traitée. le processus de la formation du follicule, son évolution, la calcification de la dent, la chronologie de son éruption sont exposées lumineusement. Les dates normales de l'éruption, dont la connaissance est si indispensable dans la pratique sont présentées dans un tableau qu'il sera toujours facile de consulter. Nous regrettons pourtant que les auteurs aient adopté l'idée de M. Magitot, en comptant cinq dentitions chez l'homme. La dentition caduque se différencie absolument de la dentition permanente ; forme des dents, couleur, durée, et la distinction en deux dentitions répond à l'état naturel des faits et des choses. Mais établir cinq dentitions, parce que la série dentaire permanente fait éruption par poussées successives est enlever aux mots leur sens réel.

La distinction en « dents de bouche » et « dents du fond » ne nous paraît pas non plus justifiée. Si on interprétait exactement cette classification, on en déduirait que les dents du fond siègent en dehors de la bouche, que celle-ci se limite à son ouverture. Les néologismes doivent avoir au moins la logique pour eux.

L'anatomie histologique n'a pas reçu les développements qu'un ouvrage de ce genre demande. Celui qui est appelé à soigner les dents doit connaitre minutieusement ses éléments constitutifs. L'œil nu montre si peu de chose à cet égard, qu'on doit pour démontrer et pour connaître, mettre à contribution le microscope ; les tissus mous de la dent, doivent être principalement explorés à l'aide de toutes les ressources de la technique histologique, et on peut regretter que ce qui est dit sur ce point ne soit pas plus étendu et puisé dans l'observation personnelle des auteurs.

En rendant compte récemment du Traité de micrographie du Dr Gérard, nous ne pouvions taire notre admiration sur l'exécution matérielle de son livre, sur l'abondance et la précision des figures. Cela faisait honneur à la librairie scientifique française. Les Drs Demontporcellet et Decaudin ont été moins heureux, et s'ils obtiennent le succès que leur manuel mérite, l'éditeur ne les aura pas beaucoup secondés. En science, on ne peut plus désormais se passer de la reproduction graphique, elle dit plus vite et mieux que l'explication écrite. L'anatomie a surtout besoin de la leçon de choses, et celui qui l'enseigne, doit se rapprocher le plus possible de la démonstration directe, qui est vraiment celle qui se grave dans l'esprit. Certains dessins du manuel d'anatomie dentaire ne sont même plus schématiques Nous ne savons comment les dénommer ?... Ils sont intentionalistes.

Mais après tout, ce sont là des reproches de détail. l'ensemble mérite l'approbation de tous ceux qui veulent la diffusion de la science. Le manuel de MM. Demontporcellet et Decaudin apprend l'essentiel et nous souhaiterions que tous nos confrères l'eussent dans les mains, puis dans la mémoire.

Nous l'avouerons, nos espérances étaient plus hautes au sujet de ce petit livre ; nous l'avons vu naître, en écoutant les excellentes leçons de l'un des auteurs, le Dr Decaudin, le premier qui ait fait en France un cours d'anatomie dentaire, qui ait rassemblé d'après les mémoires et travaux épars dans les livres et les revues, un ensemble concret que notre génération pût assimiler. Sans parti pris d'école, et simplement pour l'honneur de l'odontologie française, nous pensions que les distingués médecins qui l'ont écrit, auraient trouvé avantage à s'inspirer des conseils amicaux des dentistes, à les consulter sur un sujet où ils ont quelque compétence, à mettre leur œuvre sous le patronage des écoles où ils enseignent. Ils auraient eu ainsi les moyens matériels d'avoir

un autre cadre, une expression plus digne de leurs efforts, du mérite réel de leur livre, de la langue en laquelle ils écrivent.

Une première édition est forcément par quelque côté imparfaite, une seconde augmente et corrige, et nous souhaitons que les dentistes la rendent rapidement nécessaire. Les auteurs sont à même de faire aussi grand, aussi parfait que possible, si on leur en fournit les moyens, L'avenir leur assurera.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

ROSENBERG. — LE MENTHOL, SUCCÉDANÉ DE LA COCAÏNE COMME ANESTHÉSIQUE.

De ses expériences sur un grand nombre de malades, Rosenberg conclut que, dans certains cas, une solution éthérée alcoolique ou, mieux encore, huileuse de menthol, à 20 pour 100, peut remplacer la cocaïne, qui est beaucoup plus coûteuse, lorsqu'on désire anesthésier les muqueuses du nez ou du pharynx.

Son action est moins prolongée que celle d'une solution de cocaïne au même titre ; elle dure cependant d'un quart d'heure à une demi-heure et quelquefois davantage. Le menthol semble avoir des effets accumulatifs, car, lorsqu'on répète les attouchements plusieurs fois chez le même malade, l'anesthésie est plus durable.

(*Archives de Pharmacie*, 5 mai 1887)

LA VALEUR ANTISEPTIQUE DE L'IODOFORME.

MM. Heyn et Roosing, de Copenhague, ont fait des recherches sur les propriétés antiseptiques de l'iodoforme. Ils ont trouvé qu'en mettant de l'iodoforme en poudre sur des cultures du staphylococcus pyogène, ces micro-organisme se développaient tout aussi bien que si l'on n'avait rien mis du tout. Leur développement n'était pas empêché non plus quand on mettait de l'iodoforme à raison de 0,2 à 0,4 pour cent à la gélatine des cultures ! Le staphylococcus peut vivre, d'après ces auteurs, au moins un mois dans l'iodoforme pulvérisé ! Le même micro-organisme se développe aussi très bien sur une gélatine stérilisée, sur laquelle on fait agir un pulvérisateur à l'iodoforme.

En résumé, ces auteurs croient que l'iodoforme n'a aucune valeur antiseptique en chirurgie et que son action bienfaisante est surtout due aux autres agents avec lesquels on le combine, acide phénique ou sublimé.

L'*Union médicale*, à laquelle nous empruntons ces renseignements, fait remarquer avec raison que les expériences n'ont été

faites que sur une espèce de microbe, et que le peu de salubilité de l'iodoforme pourrait donner des résultats différents lorsqu'il y a expérience et lorsqu'il y a application sur des tissus vivants.

PRÉPARATION A FROID DU COTON IODÉ

Par M. Guimard, pharmacien à Beaune,

La préparation du coton iodé, par le procédé du codex, donne un excellent produit ; mais elle présente quelques inconvénients, qui sont : 1° la pénétration possible d'une certaine quantité d'eau dans le flacon ; 2° la rupture du flacon ; 3° la difficulté d'enlever le bouchon à l'émeri après l'opération terminée.

Ces accidents sont évités si l'on opère à froid de la manière suivante : on prend un vase à large ouverture, ayant les bords rodés à l'émeri ; au fond de ce vase, on place l'iode, après l'avoir pulvérisé ; puis, par un support en verre que l'on peut facilement établir à l'aide d'agitateurs, on dispose le coton en feuilles superposées, de façon qu'il ne touche pas l'iode ; enfin, on recouvre le vase d'une plaque de verre, après avoir suiffé les bords.

Selon la température, l'opération dure plus ou moins longtemps; elle est achevée quand l'iode a disparu du fond du vase pour se fixer sur la ouate.

M. Guimard a pu, pendant l'été, obtenir du coton iodé en trois jours, dans la vitrine de son officine, et en huit jours en opérant à l'ombre.

(*Archives de Pharmacie*, 5 mai 1887.)

ÉLIXIR DENTIFRICE AU SALOL.

Salol.	1 gramme.
Alcool.	100 —
Teinture de cochenille. .	3 à 5 —
Essence de rose.	1 goutte.
— de menthe.	2 —

Une cueillerée à thé dans un verre d'eau.

(*Archives de Pharmacie*, 5 mai 1887.)

CONSERVATION DES SOLUTIONS D'ALCALOÏDES.

Les solutions de cocaïne, de morphine, d'atropine et d'autres alcaloïdes, se troublent assez rapidement par suite de la production de végétations diverses, lorsqu'elles ont été préparées simplement avec de l'eau distillée. Le docteur Abbott recommande l'emploi de l'eau camphrée pour opérer la dissolution des alcaloïdes. Il a conservé plus d'un an une solution d'atropine, à laquelle il avait ajouté 0 gr. 05 de camphre pour 30 grammes de liquide, sans qu'il y ait eu développement d'organismes microscopiques. On peut aussi employer les salicylates d'alcaloïdes, comme le pro-

pose le docteur Tichborne, de Dublin. Ces sels sont exempts des reproches que leur a adressés M. Abbott. Leurs solutions ne sont pas irritables et ne produisent pas des végétations fongoïdes.

(*Méd. Pren. et Arch. de Pharmacie.*)

CHRONIQE PROFESSIONNELLE

LA *DENTISTRY* N'EST PAS UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE.

M. Norman W. Kingsley, dans un discours très remarquable, a développé cette thèse avec infiniment de talent et de bon sens devant la société dentaire de New England (Etats-Unis).

Nous qui n'avons cessé, depuis bientôt dix ans, tant par nos actes que par nos écrits, de défendre la même thèse, et d'employer, non sans un certain succès, du reste, nos efforts à la faire admettre par nos confrères français et par nos gouvernants, nous sommes heureux de voir que nous ne sommes pas les seuls à combattre l'assimilation de l'art dentaire à l'art médical. Il y a, de l'autre côté de l'Atlantique, des confrères de valeur qui comme nous pensent que l'art dentaire est une profession spéciale, ayant sa technique propre, et que l'étude en est suffisamment étendue, comme la pratique suffisamment absorbante pour qu'on ne puisse sans inconvénient la greffer sur une autre, quelles que soient l'analogie, la parenté que, pour des esprits superficiels et insuffisamment renseignés, elles paraissent avoir. Aussi, tout en publiant la plus grande partie du discours de M. Norman W. Kingsley, nous adressons à son auteur nos plus sincères félicitations pour sa courageuse initiative. Nous exprimons le vœu que, le mouvement se généralisant dans tous les pays, de nouveaux confrères se joignent à nous pour dissiper cette fâcheuse et si regrettable équivoque qui tend à laisser croire que l'étude de la médecine générale est la meilleure préparation à l'étude de l'art dentaire et que le plus mauvais médecin peut faire le meilleur dentiste.

Ch. Godon.

Discours de M. Normann W. Kingsley.

« Il faut un certain courage, pour défendre une pareille opinion quand on voit la majorite de nos confrères soutenir l'idée contraire, en croyant par là rehausser la dignité de la profession, et lui donner un caractère scientifique. Ce désir d'être considéré comme des médecins spécialistes, a son fondement dans la notion que la *dentistry*, pure et simple, est ignoble, que sa pratique est dégradante et que, pour nous élever à un rang convenable dans la société, il faut nous résoudre à

ne pas être des dentistes, mais des docteurs en médecine exerçant une spécialité. Il a encore été stimulé par cet esprit d'opposition qui pousse les enfants à réclamer avec des cris ce qu'on leur refuse et comme la profession médicale nous a refusé de considérer la *dentistry* comme une branche de la médecine et n'a voulu en faire qu'un mécanique, les dentistes ont prit l'habitude de nier que ce fût un métier mécanique pour affirmer et reaffirmer en toutes occasions qu'ils appartiennent à la grande famille médicale. Sans doute, ils prescrivent quelquefois des médicaments, appliquent des sangsues et percent des abcès de la gencive, mais il n'y a pas de vieille ménagère à la campagne qui ne soit plus médecin et plus à même de traiter les maladies de la famille que la majorité des dentistes, même pourvus du titre de Docteur en médecine. »

L'auteur compare la prétention des dentistes à celle de l'âne revêtu de la peau du lion. La peau était bien celle d'un lion, mais la voix était toujours un braiment.

D'autre part, vouloir, comme le font les médecins, ne voir dans la profession dentaire qu'un métier mécanique sous prétexte qu'ils font des pièces de prothèse, est tout aussi injuste.

La vérité se trouve entre ces deux manières de voir. La *dentistry* constitue une profession spéciale, *sui generis*.

On a eu tort de diviser l'association dentaire américaine en 7 ou 8 sections : Le véritable dentiste doit savoir et pratiquer tout ce qui est du ressort de sa profession. Ainsi, un dentiste peut être un chirurgien buccal, mais un chirurgien buccal n'est pas un dentiste. Un dentiste peut être anatomiste, physiologiste, chimiste, microscopiste, artiste ou mécanicien excellent, mais il ne suffit pas de pratiquer exclusivement une de ces parties pour mériter le nom de dentiste.

Car la chirurgie buccale, par exemple, n'est qu'une branche insignifiante de notre art et son importance a été exagérée par ceux qui sont plus habiles chirurgiens que dentistes.

Je soutiens donc que la *dentistry* n'est une branche d'aucune autre science ou d'aucun autre art, mais qu'elle constitue une profession par elle-même, aussi distincte de toutes les autres que n'importe quel métier.

Les dentistes aiment à dire qu'ils exercent une *profession*, une *spécialité*, parce que cela sonne bien, mais je me demande si beaucoup d'entre eux sauraient justifier ce terme de profession. La profession se distingue du métier par les services rendus, par une action bienfaisante envers nos semblables. Or, personne ne nous refuse le droit de dire que nous exerçons, non un métier, mais une profession, et même une profession savante.

Le trait prédominant, la caractéristique de la *dentistry*, c'est la nature mécanique de ses procédés. Mais les procédés du peintre et du sculpteur sont aussi ceux du mécanicien, ce qui n'empêche pas le portraitiste, le paysagiste et le sculpteur d'exercer une profession, et non un métier. Ce n'est pas tout, l'art du portraitiste et la sculpture particulièrement exigent plus de connaissance en anatomie générale que n'en réclame la *dentistry*, et cependant qui a jamais entendu un sculpteur prétendre qu'il exerçait une spécialité médicale ?

Ce qui rapproche la *dentistry* de la médecine, envisagée comme science, c'est qu'elle s'occupe d'une partie, à la vérité peu importante, de l'économie humaine. Mais, comme ses méthodes sont totalement distinctes et exigent un enseignement spécial, cela suffit pour en faire

une science absolument indépendante et en aucun sens subordonnée à l'autre.

L'éducation de l'étudiant dentiste pour sa carrière professionnelle est entièrement différente de celle qui convient à l'étudiant en medecine. Celle-ci exige des hôpitaux et la clinique, mais la première réclame, en même temps que l'étude des sciences, l'exercice des doigts, tout d'abord, et toujours.

Un autre argument qu'invoque l'auteur, c'est que les États américains ont établi des lois spéciales pour réglementer l'exercice de l'ar-dentaire : or, dit-il, est-ce que cela aurait été nécessaire si la *dentistry* était une branche de la médecine ? En effet, les véritables spécialite-médicales n'ont pas besoin de lois particulières. Cet argument n'en est pas un pour les Français, puisque jusqu'ici ils peuvent exercer librement l'art dentaire, mais si l'on a besoin d'une réglementation, il montre dans quel sens il faut la fixer.

Ceux qui ont créé la profession dentaire aux Etats-Unis étaient des médecins, et ils espéraient ajouter à la dignité de leur profession en la greffant sur la médecine et en en faisant enseigner la théorie et la pratique dans les écoles médicales. Ils échouèrent dans cette tentative. Leur indépendance fut donc non pas le fait d'un esprit de rébellion, mais une pure nécessité. Alors commença l'histoire de la *dentistry* comme organisation indépendante, progressive et scientifique, et aujourd'hui la chose merveilleuse c'est l'étonnement et l'admiration du monde savant. Nous avons plus de 12 institutions où l'on enseigne tout ce que le dentiste a besoin de savoir. Nous avons une littérature indépendante qui ne doit pas autant à la médecine qu'aux autres sciences.

L'anatomie, la physiologie, l'histologie, la microscopie, la chimie, etc., ne sont pas des études *médicales*. Ce sont des sciences sur lesquelles s'appuient les études médicales et d'autres.

Nous avons un journalisme indépendant plus considérable que n'était la totalité du journalisme à nos débuts. Nous avons des sociétés nationales, provinciales et locales indépendantes, qui sont vitales, actives et progressives, et ce que l'on démandait naguère, c'est-à-dire l'enseignement et la pratique de notre art comme une spécialité médicale, serait absolument impossibles à réaliser anjourd'hui.

D'ailleurs tel est le progrès des sciences, qu'elles sont forcées de s'émietter et qu'un dentiste vraiment digne de ce nom est obligé d'emmagasiner une somme de connaissances qui dépasse de beaucoup le bagage scientifique d'un encyclopédiste du XVIIe siècle.

Pourquoi donc lui imposer, comme quelques-uns le proposent, l'obligation d'acquérir le diplôme de docteur en médecine ? Nos écoles lui suffisent amplement, car elles sont les pépinières d'où sont sortis les praticiens les plus honorés et les plus habiles qui ont été et qui seront jamais.

Mais il ne faudrait pas se méprendre sur la pensée de l'auteur. Il ne condamne pas le dentiste à ignorer les choses qui ne sont pas de son domaine ; il ne saurait avoir trop de connaissances soit en médecine, soit en toute autre science. Seulement il ne faudrait pas qu'il eût la vanité de croire que le diplôme de docteur en médecine lui assure une habileté supérieure à ceux qui ne l'ont pas.

L'auteur pousse la logique jusqu'à blâmer la participation des dentistes au congrès médical qui doit avoir lieu à Washington, au mois

de septembre prochain. On leur a proposé d'y former une section spéciale ; ce sera là, disent les partisans de cette idée, une excellente occasion d'être *reconnus*. Mais ceux qui mettent en avant cet argument humiliant, savent-ils bien ce que sous-entend le mot de *reconnaissance* ? Il signifie que nous étions jusqu'ici dans un état d'infériorité et d'abaissement et qu'une fois admis à ce congrès nous allons immédiatement, comme par un coup de baguette magique, être élevés à une situation bien supérieure. Or, la *dentistry* en Amérique n'a pas besoin de la *reconnaissance* que peut donner un congrès médical. La seule reconnaissance qn'il lui faut est celle de toutes les classes de la communauté, cultivées et non cultivées, et elle a cela de commun avec toutes les professions savantes. Notre ambition doit viser soulement à être reconnus pour ce que nous sommes réellement, c'est-à-dire un avantage et une nécessité pour la santé et le bien être de nos semblables. Si nous sommes assez forts pour former une section capable d'honorer la dentistry en Amérique, nous le sommes assez pour constituer à nous seuls, et dans un avenir peu éloigné, un congrès qui concentrera sur nous les regards de tout l univers. Nous serions noyés dans la multitude des spécialités médicales, comme les parents pauvres qui, conviés à un festin de famille, se trouvent relégués à la seconde table. Ç'a été un bonheur pour la postérité que l'on ait refusé à Chapin A. Harris et à ses collègues de les admettre dans les collèges médicaux. La *dentistry*, indépendante, s'est développée avec une vigueur incroyable. Greffée sur le tronc médical et tirant sa vie, non de ses propres racines, mais des sucs altérés de la souche-mère, elle serait restée rabougrie et naine d'une façon irrémédiable.

Nous avons voulu donner une analyse de ce discours remarquable, qui mériterait vraiment d'être reproduit tout entier, s'il n'était pas aussi long. Mais nous engageons ceux qui s'occupent du relèvement de la profession dans notre pays à le lire dans le texte anglais et à le méditer, car il nous paraît rempli de bon sens et d'idées saines.

(*The indépendant Practitioner* et *Progrès Dentaire*).

ASSOCIATION GENÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES LIBRES DE PARIS

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Séance du mercredi 6 avril 1887. — (*Séance extraordinaire.*)

Présidenee du Dr David, directeur de l'Ecole.

Le secrétaire général explique le motif de la réunion.

Il donne lecture de la correspondance :

Le préfet de la Seine informe le conseil de direction du vote, par le conseil municipal de Paris, de la subvention pour 1887. Le conseil

municpial, rendant hommage aux services rendus par l'Ecole, engage, sur l'avis du rapporteur, l'administration à mettre un local à sa disposition.

Des remerciements sont adressés au conseil municipal de Paris et au rapporteur M. Deschamps.

M. Godon, au nom de la commission de réglementation, donne lecture des lettres du Dr Chevandier et rend compte de l'entrevue qu'ont eue le 25 mars 1887, les délégués de l'Association, MM. Dubois et Godon, avec les membres de la commission de la Chambre des députés, chargée de l'étude du projet de loi sur l'exercice de l'art médical en France. Ils se sont entretenus longuement avec les députés auxquels ils ont fait part des vœux de l'Association.

MM. Edouard Gros et Puiségur demandent à faire partie de l'Association.

M. Gallien de Flers, pour des motifs tout personnels, adresse sa démission de membre sociétaire.

M. Monin, présenté à une séance précédente, est admis comme membre sociétaire.

Une demi-bourse est accordée à un élève.

Le secrétaire général donne lecture du rapport du mois de mars.

Sur le rapport de la commission d'enquête, le conseil vote l'exclusion d'un élève.

Il est décidé que les poursuites pour non-paiement seront faites à l'avenir au nom du trésorier.

Sur la proposition du Dr David, deux commissions sont nommées pour étudier la participation de l'Ecole à l'exposition de 1889.

Sont nommés : 1° MM. David, Godon, Dubois, Gillard, Pillette, Levett, Thomas; 2° MM. David, Godon, Dubois, Blocman, Poinsot, Lewett, Chauvin.

Il est voté à ce sujet l'ordre du jour proposé par le Ds David.

Il est donné lecture d'une lettre de demande de participation du groupe de l'Ecole au congrès de Washington. Le conseil, après un échange d'observations relatives à l'envoi de délégués, décide qu'il ne sera pris de décision définitive qu'à une séance ultérieure, et après des éclaircissements nécessaires.

Séance du mardi 24 avril 1887

Présidence de M. Poinsot, vice-président.

Un membre honoraire du conseil, M. Delsart assiste à la seance,

Après l'adoption du procès-verbal, le secrétaire général donne lecture de la correspondance

MM. Puiségur et Gros sont admis comme membres sociétaires.

Une discussion s'engage entre les membres du conseil au sujet du futur local de l'Ecole.

M. Wiesner, président du comité syndical, rend compte du résultat d'une affaire litigieuse entre un confrère et une cliente, soumise à leur arbitrage.

Il annonce que deux autres affaires leur sont soumises, sur lesquelles ils feront un rapport à la prochaine séance.

Le conseil de direction adopte un règlement intérieur fixant les attributions du professeur de dentisterie opératoire et de ses supplé

ants. M. Lemerle est chargé de faire passer les épreuves pratiques des élèves de 2e année et M. Ronnet, celles des élèves de 1re année.

Le conseil décide qu'à l'avenir les essais de nouvelles méthodes ou de nouveaux produits, devront, pour être autorisés à la clinique de l'Ecole, être soumis à l'approbation d'une commission spéciale dite des essais.

Le conseil exprime à M. De Lemos la part que prennent tous ses collègues à la mort de sa femme.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire des séances,
BIOUX.

MISCELLANEA

LA PROFESSION DE DENTISTE ET LES CHANCES DE MALADIE

The Dental Review emprunte à un recueil de statistique des Etats-Unis des chiffres sur les proportions des malades avec genre de maladies dans différentes professions.

Nous ne savons comment on a pu établir l'enquête, dont M. Koch fait connaître les résultats, et nous ne reproduisons les chiffres qu'il fait connaître qu'à titre de curiosité.

Onze professions libérales ont fourni les sujets observés : Editeurs, professeurs, médecins, pasteurs, employés publics, dentistes, avocats, architectes, pharmaciens, musiciens et étudiants.

On a ramené chacun des nombres à la proportion pour mille.

Sur 1,000 dentistes, on en a trouvé 549 atteints d'affections ou de maladies. Pour certaines, on a trouvé les proportions ci-dessous :

Obésité, 4.65 : les éditeurs, 0.00, les avocats ont le maximum, 6.73. — Maladies des voies digestives : dentistes, 218 ; les étudiants n'ont que 45, les médecins 208 ; les dentistes ont le maximum. — Maladies du système circulatoire : dentistes, 42, les éditeurs ont 72, les médecins 81 ; le minimum est chez les étudiants : 21. — Désordres de l'intelligence : dentistes, 0.00 ; maximum : pasteurs, 7.02. — Paralysie : dentistes, 0.00 ; maximum : architectes, 11.9. — Maladies du système nerveux : dentistes, 4.06 ; maximum avocats, 24.05 ; éditeurs, 0.00. — Phthisie pulmonaire : dentistes, 65.1 ; maximum éditeurs, 82.7, minimum musiciens, 12. — Syphilis : dentistes, 4,6.0 ; maximum : musiciens, 24 ; éditeurs, 0.00. — Rhumatisme chronique : dentistes, 4.65 ; maximum avocats, 9.56 ; éditeurs, architectes, musiciens, 0.00.

(*Dental Review*, n° 4, 1887).

L'URÉMIE BUCCALE ET PHARYNGÉE

L'urémie buccale et pharyngée n'a pas été décrite dans le mal de Bright et d'ailleurs les cas n'en sont pas communs. Cependant j'ai observé, soit en ville, soit à l'hôpital, quelques faits qui ne permettent aucun doute sur l'existence de ce désordre.

Un homme de 55 ans que je soignais depuis plus de trois mois pour

une affection des reins avec hypertrophie cardiaque, avait présenté à plusieurs reprises des accès d'urémie dyspnique, quand il cessa de manger, refusa toute sorte d'aliment et de boisson, et tomba dans un état d'anéantissement général.

En même temps la muqueuse de la bouche et celle du pharynx se couvrirent d'un mucus concrété, grisâtre, demi transparent extrêmement abondant, tellement visqueux et gluant qu'il me fallut l'extraire avec la main pour éviter qu'il obstruât les voix digestives et respiratoires. Le malade presque toujours somnolent, ne pensait ni à expectorer ni à manger, et je fus plusieurs fois sur le point de lui introduire la sonde œsophagienne. Pendant près de huit jours que dura cet état, je dus enlever à poignées les mucosités de la bouche et du pharynx, qui ne manquaient pas d'une certaine ressemblance avec les produits membraniformes de la pharyngite pultacée. Puis, le malade sortit de sa stupeur et se décida à avaler. Je parvins à le nourrir un peu et les accidents s'atténuèrent. Il mourut plus tard dans une attaque de coma urémique.

J'ai retrouvé chez d'autres urémiques ces accidents bucco-pharyngés caractérisés par la présence de ce mucus adhérent et assez analogue à de la glu. Quand on le détache, on trouve au-dessous la muqueuse rouge, sècne, non ulcérée. Dans un cas j'ai vu un médecin des plus distingués faire la confusion avec l'angine pultacée. Mais dans cette angine, les fausses membranes sont moins abondantes et plus blanches, et puis l'allure générale de l'affection n'a aucune ressemblance avec celle de l'urémie buccale.

Il est donc important de savoir reconnaître cet accident et de le rattacher à sa véritable origine. Mais comment expliquer sa rareté et quelle est la condition de sa genèse? Serait-ce l'élimination par les glandes salivaires d'une plus forte proportion de principes excrémentitiels? C'est à une hypothèse vraisemblable, mais qui ne peut être prouvée que par des analyses comparatives de la salive, et par la connaissance de l'agent chimique ou autre qui parvient à modifier ainsi l'état de la bouche.

En dehors de ces cas rares, on observe habituellement que la langue des eurémiques est rouge sur les bords, recouverte au centre d'enduits saburaux gris ou jaunâtres. Elle ne devient sèche, noirâtre et cornée que si l'urémie accompagne la suppuration des voies urinaires.

(*Union médicale*, 1er mars 1887.)

LE PHÉNOMÈNE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Quelques médecins anglais et américains ont, dans ces derniers temps, attiré l'attention sur le fait suivant :

Si chez un individu sain, on presse au moyen d'une large règle sur les dents inférieures, et si on frappe cette règle avec le marteau à percussion, on obtient une contraction des masséters avec soubresaut de la mâchoire inférieure. Dans quelques cas, le phénomène est tellement exagéré qu'il suffit d'appliquer un doigt sur la mâchoire et de la percuter avec les doigts de l'autre main pour obtenir la contraction massétérine, que les Anglais ont appelé jaw-jerk, et que Rybalkine propose de désigner par le nom de phénomène de la mâchoire inférieure.

Rybalkine a étudié le phénomène de la mâchoire chez 315 individus dont 69 sains, 144 convalescents, 57 fabricants et 45 névropathes. Le phénomène a été constaté chez tous les individus sains. Chez plusieurs

d'entre eux, Rybalkine a obtenu, outre la contraction des massétern une contraction des temporaux. Parmi les 144 convalescents, il n'y es, avait que 6 chez lesquels le phénomène de la mâchoire était absent. Sur 57 fabricants, 20 présentaient une exagération marquée du phénomène, et chez 9 malades (5 fièvres typhoïdes et 4 phtisies), on obtenait même des convulsions cloniques des masséters pendant tout le temps que durait la pression sur la mâchoire inférieure ou le menton. Il y a ici analogie complète avec le clonus du pied, et de fait dans un cas de l'auteur, les convulsions eloniques massétérines coexistaient avec le clonus du pied. Tous les 11 hémiplégiques présentaient le phénomène de la mâchoire, et chez 2 d'entre eux, il y avait des convulsions cloniques massétériennes avec clonus du pied. Chez une malade atteinte de sclérose latérale amyotrophine, le phénomène de la mâchoire était augmenté; par contre, il était absent chez une autre femme affectée de sclérose disséminée, et affaiblie dans deux cas de méningite et 1 cas de paralysie générale à la période du début. Il était absent dans deux cas d'atrophie musculaire progressive et augmenté dans 1 cas de cette même maladie. Chez une hystérique avec paralysie spasmodique, existait le clonus massetérin. Le phénomène de la mâchoire était affaibli dans trois cas de neurasthénie. L'auteur s'abtient de conclusions prématurées, mais il ne doute pas que le phénomène de la mâchoire inférieure ne soit appelé à acquérir une valeur diagnostique, vu sa constance chez l'homme sain.

(*Gazette Méd. — Connais. méd.* 20 janvier 1887.)

VARIA

UNE FABLE

— Je dois à l'amabilité de M. Duprat, adjoint au maire de la ville de Dieppe, le plaisir d'offrir aux lecteurs de l'*Odontologie*, une fable inédite ; intitulée les *Dents*.

Elle a pour auteur : le Dr Broc, professeur d'anatomie et de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, ce fidèle contemporain de Trousseau et de Cruveiller.

Sans prétendre égaler La Fontaine, ce maître fabuliste, le Dr Broc va nous prouver qu'à l'occasion il maniait le rime avec non moins d'habileté que le scapel. F. TOUCHARD.

LES DENTS

Les dents, un jour avec vivacité,
S'entretenaient sur leur divers usages
Et du degré de leur utilité,
Et toutes, tour à tour, avaient des avantages
Qu'aux autres elles contestaient.
Les incisives prétendaient
Que, pour le degré d'importance,
Tout prouvait leur prééminence ;
Car, disaient-elles, par nos bords,
Tels que ceux de lames tranchantes,
Nous divisons, nous hachons tous les corps,

En rendant mobiles, flottantes,
Leurs particules adhérentes,
Et en état d'entière liberté
Permet seul de former le bol alimentaire.
Mais notre fonction est, d'un autre côté,
Presque aussi nécessaire :
Manquons-nous, en effet, les sons articulés
Sont sifflants, incomplets, presque inintelligibles,
Plusieurs deviennent impossibles,
Et tous sont comme mutilés.
Enfin, et qui ici pourrait nous contredire ?
On sait que nous formons le plus bel ornement,
Comme en tous autres, sur ce point,
Toujours la nature humaine
Sera ce qu'elle est aujourd'hui.
Toujours pour le savoir, le mérite d'autrui,
On aura de l'envie ou même de la haine.
Et la beauté que l'on admire,
Toujours, sans nous perd tout son agrément ;
Comme honteux, à peine osant sourire,
Elle craint de choquer les yeux,
En présentant un antre caverneux,
En place de cet arc dentaire,
Si gracieux, si propre à plaire.
Ainsi, mes chères sœurs, convenez avec nous
Qu'à tous égards nous l'emportons sur vous.

Les canines, un peu mordantes,
A ce discours de leurs très chères sœurs,
Les traitèrent d'impertinentes,
En se moquant de leurs erreurs,
De leurs prétentions folles, extravagantes.
Ah ! dirent-elles, vous tranchez !
Vous divisez, et vous hachez !
Nous l'accordons, mais sur quelle substance
S'exerce ainsi votre puissance ?
C'est sur celle de corps tendres et délicats,
Corps que même souvent on ne divise pas.
Mais quand ceux-ci sont coriaces,
Résistants, compactes, tenaces,
Comme on en trouve tant parmi les végétaux,
Dans presque tous les animaux,
A quoi servent les bords de vos lames tranchantes ?
Vous devenez alors tout à fait impuissantes,
Ou, si vous faites des efforts,
Pour couper, diviser encore,
Votre couronne est si faible et si grêle,
S'ébranle, vacille, chancelle,
Souvent même peut se briser,
Tandis que, nous solides, ramassées,
Et cependant en pointe disposées,
Nous pouvons déchirer, comme vous diviser
Rendre à la fois flottants et libres
Les moindres filaments, les plus legers fibres
Eléments déliés qui peuvent aisément
Former le bol alimentaire.

Par votre absence encore, dites-vous hardiment,
Les sons articulés perdent leur caractère.
Oui, mais, s'ils sont formés par vous,
Apprenez qu'ils le sont tout aussi bien par nous ;
Aussi, quand nous manquons, l'arc dentaire offre un vide
Qui de l'air aspiré rend le cours trop rapide,
Et, loin dès lors de bien articuler,
Comme par votre absence, on a l'air de siffler.
Enfin à la beauté loin d'être étrangères,
Peut-être y sommes-nous plus que vous nécessaires;
Qu'on nous ôte, en effet, et, de chaque côté,
Par votre éclat alors à la beauté contraire,
Vous augmentez l'obscurité
D un large trou dont l'arcade est percée ;
Là, sans appui, la lèvre est affaissée,
Le creux, obliquement, descend vers le menton,
Et, si par la figure on offre en votre ab ence
Avec un perroquet une certaine ressemblance,
On croit voir cette fois, la face d'un mouton.
Ainsi, nos chères sœurs, soyez un peu moins fières :
En agrément, comme en utilité
Vous êtes, parmi nous, loin d'être les premières.

A ces prétentions qui, de chaque côté,
Etaient vivement soutenues,
Les molaires, à part, disaient entre les dents,
Que tous ces propos sont pédants !
Et que de sens nos sœurs sont dépourvues !
Mais enfin, à leur tour elles dirent tout haut :
Tenez, rien n'est plus vain, plus sot,
Que vos prétentions à la première place,
Car pour toujours la raison vous en chasse.
Voici quel est des dents l'objet, le but réel :
Les sons articulés, l'éclat, l' ttrait, la grâce,
Toutes ces choses là, n'ont rien d'essentiel ;
Même, la section, jointe à la déchirure
Des corps que pour nourrir a créés la nature
N'est point le but réel de notre fonction,
Ce but est le broiement, la trituration,
Or notre action seule écrase, brise, broie,
Ainsi, c'est nous que la nature emploie
Pour imprimer à l'aliment
L'état qui seul préside au maintien de la vie.
Vous voyez donc quelle est votre folie
Quand vous croyez que c'est vous seulement
Qui remplissez les principaux usages.
Assez, dorénavant soyez un peu plus sages ;
Divisez, déchirez, faites qu'on parle bien.
Soyez un ornement propre à séduire, à plaire,
Certes, cela ne nuit en rien ;
Mais sachez bien qu'au fond, c'est toujours secondaire.

Fous, sages, insensés, prudents,
Nous pensons tous comme les dents.
Nos propres fonctions, toujours intéressantes,
Sont en tout les plus importantes,

Celles qui, dans le but de l'intérêt de tous,
L'emportent sur toutes les autres.
Ce but ne saurait être atteint que par les nôtres ;
Enfin, en tout, c'est toujours nous
Qui l'emportons par l'esprit, la science ;
Nous devenons envieux ou jaloux
De tout talent, de toute connaissance
Que nous ne possédons point.

NOUVELLES

L'administration de l'Ecole dentaire a reçu de la préfecture de la Seine les deua lettres que nous publions ci-dessous :

La première contient le règlement approuvé, qui fixe le mode d'attribution des deux bourses offertes à la ville de Paris par l'Ecole dentaire ;

La deuxième contient la nomination du premier titulaire de l'une de ces deux bourses.

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE

1er Bureau

Bourses à l'Ecole dentaire de Paris

RÉGLEMENT

Arrêté de M. le préfet de la Seine en date du 5 avril 1887.

Le préfet de la Seine,

Vu la délibération en date du 7 mars 1887, par laquelle le conseil municipal de la ville de Paris a approuvé le règlement d'attribution des deux bourses offertes à la ville de Paris par l'Ecole dentaire de Paris, 23, rue Richer.

Vu la loi du 18 juillet 1837 ;

Vu le décret du 27 mars 1852 ;

Vu la loi du 24 juillet 1867, art. 17 ;

ARRÊTE :

Art. 1er. — La délibération sus-visée est approuvée ;

Art. 2. — En conséquence, est approuvé le règlement relatif aux bourses offertes par l'Ecole dentaire de Paris, à la ville de Paris, dont la teneur suit :

1° La Société civile de l'Ecole dentaire de Paris offre à la ville da Paris, qui l'accepte, et en reconnaissance de la subvention qui lui e été accordée par le conseil municipal, deux bourses annuelles pour les jeunes gens élèves des Ecoles de la ville qui se destinent à la pratique de l'art dentaire, à partir de l'année 1885-1886.

2° Ces bourses consistent en la remise complète des droits d'inscription pendant la scolarité ;

3° La scolarité étant de trois années, ces deux élèves seront boursiers pour trois ans ; cependant la bourse pourra leur être retirée en cas d'échec aux examens de fin d'année ou dans le cas où ils se seraient

rendus coupables de fautes graves et punies par le règlement de l'Ecole ;

4° La préfecture de la Seine se charge d'informer la population de Paris et plus particulièrement le public des Ecoles de l'existence de ces deux bourses, toutes les demandes doivent lui être adressées au début de l'année scolaire et au plus tard au 1er décembre.

L'ouverture des cours a lieu le 1er lundi de novembre.

L'examen d'entrée se passe les premiers mercredis d'octobre, novembre et décembre à huit heures et demie du soir.

5° Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans accomplis le jour de leur présentation à l'examen d'entrée, avoir suivi le cours d'une école de la ville, être prêts à subir l'examen et appartenir à une famille peu aisée.

6° La préfecture de la Seine dresse la liste des candidats admis à concourir pour l'obtention des deux bourses avec leurs noms, prénoms, âge et adresse. Cette liste est transmise à l'administration de l Ecole dentaire.

7° L'Ecole dentaire convoque son jury d'examen habituel auquel est adjoint un délégué de la Préfecture de la Seine.

Elle convoque également les candidats.

8° Le jury fait subir aux candidats l'examen d'entrée exigé par le règlement, et sous forme de concours. Il est au début du concours, attribué à chaque candidat par le jury d'examen une note pour les titres universitaires qu'il possède. Les notes sont indiquées par les chiffres de 0 à 6, suivant la méthode usitée à l'Ecole Dentaire.

Il est fixé pour ces titres un maximum de 6 points qui s'ajoutent aux points obtenus par le candidat dans les autres épreuves.

9° Les bourses sont attribuées aux deux candidats qui ont obtenu le plus de points.

10° Dans le cas où deux candidats seraient ex-œquo, la bourse serait attribuée à celui dont la situation de fortune serait la plus modeste.

11° L'école Dentaire de Paris informe la Préfecture de la Seine du résultat du concours, et celle-ci le notifie aux deux boursiers qui, sur la présentation de la lettre de la Préfecture de la Seine, sont admis à suivre les cours de l'Ecole Dentaire.

12° Dans le cas où une ou les deux bourses deviendraient vacantes, soit pour cause de fin d'études, soit par suite de suppression de bourse (art. 3), l'administration de l'Ecole Dentaire en préviendrait la Préfecture de la Seine, afin qu'elle en informe ses administrés.

13° Dans le cas où, faute de demandes, les deux bourses resteraient vacantes pendant une année, la Préfecture de la Seine pourrait en attribuer une à un candidat qui ne serait pas élève des écoles communales et ne remplirait pas toutes les conditions du règlement, après avis favorable de l'Ecole Dentaire de Paris.

Art. 3. — Le Secrétaire général de la Préfecture et l'Inspecteur d'académie, Directeur de l'Enseignement primaire du département de la Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 5 avril 1887.

Sigée : POUBELLE.

Pour amplication,
Pour le Secrétaire général,
LeConseiller de Préfecture délégué,
Signé :

Lettre adressée par M. le préfet de la Seine, le 15 avril 1887, au Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Paris, 15 avril 1887

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer qu'aux termes d'un arrêté préfectoral en date du 6 avril 1887, le jeune Cottin, Ferdinand-Henri, a été nommé titulaire d'une bourse à l'Ecole dentaire de Paris, 23, rue Richer.

Veuillez agréer, etc.

L'inspecteur d'académie,
Directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine.
Signé : CARIOT.

Les examens de fin d'année sont commencés à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous prions les membres de l'Association générale des dentistes de France qui n'ont pas versé leur cotisation de vouloir bien l'adresser à M. Papot, sous-trésorier, rue Richer, 23.

Nous avons le regret d'apprendre que M. Barbe, membre du conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre son épouse. Qu'il reçoive l'expression de notre sympathie.

Notre distingué confrère, M. R. Trallero, a passé les examens pour satisfaire à la loi espagnole. Le jury l'a félicité de sa courageuse initiative et des succès qu'il a obtenus comme élève de l'Ecole dentaire de Paris.

C'est par erreur que nous avons annoncé le décès de notre distingué confrère, l'ancien rédacteur de l'*Abeille*.

M. Baralle, qui est décédé à Lille, était son homonyme.

Nous sommes heureux d'apprendre que M. J. Tomes, dont la santé a été chancelante ces derniers temps, est en voie de rétablissement.

EXPOSITION D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Le 15 juin, s'ouvrira, au Pavillon de la Ville de Paris, une exposition dont la nécessité garantit le grand succès : l'*Exposition d'hygiène de l'enfance*, préparée par les soins d'un comité de médecins, d'hygiénistes et de publicistes distingués, ayant à leur tête MM. Lockroy, Mesureur, Dr Chassaing, Dr Félix Brémond, Dr Degoix, Dr E. Monin, etc.

Le programme comprendra tout ce qui concerne l'éducation rationnelle et scientifique des enfants, notamment pendant la période du premier âge et de l'allaitement. Les mères de famille y trouveront, non seulement de quoi satisfaire leur légitime curiosité, mais encore toutes les données pratiques relatives à la prévention des maladies chez

leurs chers bébés. C'est pour elles une occasion de s'instruire utilement, et, pour tous les Français, un moyen de préparer efficacement l'avenir de la patrie, subordonné à la qualité des générations actuelles. A l'étranger, des expositions analogues ont eu le plus grand succès, la vogue la plus méritée.

Nous engageons (vu le nombre, dès aujourd'hui, très restreint des places à allouer aux exposants), nous engageons, au nom du comité, toutes les personnes qu'intéresse l'*Exposition d'hygiène de l'enfance*, à faire parvenir leurs demandes, dans le plus bref délai, au siège des Commissions d'admission, 27, rue Condorcet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1885-86)

Art Dentaire et Sciences connexes

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN FRANÇAIS

—

ANDRIEU (E.) Traité de prothèse buccale et de mécanique dentaire, in-8°, XVI-593 p.

M. BRUNEAU : Des ulcérations tuberculeuses de la bouche. (Th. de Paris.

BIDOT. Des procédés mixtes en anesthésie et en particulier de l'action combinée du chloroforme et de l'hypnotisme.

BOUTES. Contribution à l'étude du noma. (Th. de Paris).

BALLÉAS. Etude clinique de la résorcine au point de vue de son application locale en médecine et en chirurgie.

DANIEL-MOLLIÈRE. Note sur la chirurgie des voies salivaires.

DEBIERRE (Ch.) et PRAVAZ. Contribution à l'odontogénie. Sur la formation et l'évolution des dents de l'homme, avec applications à la chirurgie dentaire et à la médecine legale. (Arch. de Physiol., 1er juil.)

GALIPPE. Note sur la Gingivite arthro-dentaire infectieuse. Jour. des conn. médic. 28 avril 1887, 5 mai 1887.

LEBRUN. Anesthésie locale pour l'avulsion dentaire. (Clinique, 10 mars).

LUC. Abcès fétide du sinus maxillaire gauche simulant un ozène ; ouverture du sinus par l'alvéole. Guérison. (Journ. de Méd. de Paris, 27 mars).

SMET (De). De l'iodol et de ses applications. (La Clin., 21 fév.)

THIRIAR. Enchondrôme du maxillaire inférieur ; résection, guérison. (La Clinique, 6 janv.)

VERNEUIL. Adénome de la région sus-hyoïdienne. Tumeur à myéloplaxes du sinus maxillaire et de la voûte palatine. (Gaz. des Hôp., 7 avril.)

VIAU (G.). De l'anesthésie locale obtenue par les injections sous-gingivrales de cocaïne et d'acide phénique.

WIGNAL (W.). Recherches sur les micro-organismes de la bouche. (Archiv. de Physiol,, 15 nov.)

Périodiques.

Odontologie 1887.

LEVETT. L'Or adhésif et l'or mou. (Janvier).

T. DAVID. Pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes. (Janvier.)

P. DUBOIS. Inspection dentaires dans les usines d'allumettes chimiques. (Janvier.)

A. POIRRIER. Reproduction en cire colorée des pièces pathologiques. (Janvier.)

C. GODON. Les services dentaires gratuits en France. (Février.)

RONNET. Résultats de cinquante anesthésies locales à l'aide d'Injection de cocaïne. (Février.)

HEIDÉ. Un cas de réimplantation avec nouvelle méthode de rétention. (Février.)

PRÉVEL. Deux cas de restauration de couronnes à l'aide de fragments de dents. (Février.)

P. DUBOIS. Les amalgames. (Mars)

CHAUVIN. Note sur les injections sous-gingivales de cocaïne. (Mars.)

P. DUBOIS. Odontome, odontoplastique. (Mars.)

T. DAVID. Arthrite temporo-maxillaire. (Avril.)

P. DUBOIS. Recherches statistiques sur les affections du système dentaires, (Mars, Avril.)

POINSOT. Note sur les injections de cocaïne pure. (Avril.)

P. BLOCMAN. Observations sur l'anesthésie locale par la cocaïne. (Avril.)

C. GODON. Rapport annuel des travaux de l'Association générale des dentistes de France.

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

BILLROTH et WINIWARTER. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in acht Vorlesungen, 13e éd. In-8e, XVI-970 p. Berlin. — La pathologie et la thérapeutique générales en 8 leçons.

BUTLIN (H.). Krankeiten der Zunge. — Maladies de la langue, trad. allemande de Jul. Beregszaszy. In-8°, VII-396 p. Vienne.

DURDUFI. Zur physiologischen Wirkung des Cocaïns. (Deut. Med. Woch., 3 mars.) — Des effets physiologiques de la Cocaïne.

EIGENBRODT (K.). Beitrag zur Statistik der Hasenschartenoperationen. (Berlin, Klin. Woch., 7 février.). — Contribution à la statistique de l'opération du bec-de-lièvre.

FEINBERG et BLUMENTHAL. Weitere Mittheilungen zur physiologischen Cocaïnwirkung. (Berlin. Klin. Woch., 7 mars.) — Nouvelles communications sur l'action physiologique de la cocaïne.

HEYN et THORKILD ROVSING. Das Iodoform als Antisepticum. (Fortschr. d. Med., 2 janv.)

LIEBREICH. Zur Sublimatfrage. (Therap. Mon., 1887, 1.) — Au sujet du sublimé.

LOEBISCH. Ueber die neueren Behandlungsweisen der Fettleibigkeit. (Wiener Klin.)

MARSHALL. Case of bonegrafting in the lower jaw. (Journ. of the

Amer. Med. Ass., 2 mars.). — Suture osseuse de la mâchoire inférieure.

MORRISON. Transplantation of teeth. (Jour. of the Amer. Med. Ass., 1er janvier.) — Transplantation de dents.

OTTE (Pr.). Beitrag zu Hutchinson's syphilitischer Zahndifformitæt. (Berlin. Klin. Woch., 7 février.) — Contribution à l'étude des lésions dentaires syphilitiques, dites d'Hutchinson.

OUDSCHANS (S. E.). De gewelverdoovende eigewschappen van het Cocaïne bij Tand-en Mondoperatien. In-8°, 18 p. —. Des qualités anesthésiques de la cocaïne en ce qui concerne les opérations sur les dents et à la bouche.

ROSE. (E.). Das Leben der Zähne ohne Wurzel. (Deut. Zeit. f. Chir., XXV-3.) — La vie des dents sans racine.

SCHUSTLER (M.). Chirurgische Erfahrungen über Cocaïn-Anœsthesie. Wiener Med, Woch., 22 janvier.) — Opérations chirurgicales pratiquées sous l'anesthésie par la cocaïne.

STOERH. Ueber die lokale Behaud lung des Empyems der Highmorsholle, sur le traitement le l'empyeme du sinus maxillaire. (Wien. Med. Wochench, 1886. n° 43.

INGLIS et FOSTER FLAGG. Dental pathology and therapeutics, in the form. of questions and answers. Philadelphie.

The Management of pulpless teeth. Chicago.

TOMES. O System of Dental surgery. Third edition revised and enlarged. London, 1887.

Périodiques

SUDDUTH. On some of the pathological conditions found in dentine and ivory Cosmos. (Mai 1887.)

TH. ROWNEY. Vulcanite. Dental record. (Mars-avril 1887.)

G. ELLIOTT. Extracts of lectures ou opérative dental surgery. (Dental record.)

V. BLACK. The periosteum and peridental Membrane. (Dental Review. Janvier et nos suivants 1887.)

MILLER. Viederherstellung der contour carios gewordener. Zahne durck Porzellaustickchen. (Oesterreichisch. Ungarische Vierteljaha. (Janvier 1887).

J. ARKOVY. Feber ein odontome. (d°).

E. MARTIN. Regulirung einer Zahns tellungs. — Anomalie. (d°).

O. ZSIGMONDY. Missbildung eines Zweiten unteren Molard Zahnes. (d°).

Un dentiste de province, âgé de 39 ans, désirant se perfectionner dans la profession, demande un emploi, soit à Paris, soit dans une ville de province. Il ne serait pas exigeant comme appointements.

S'adresser au bureau du journal sous les initiales C. B.

BELLE OCCASION

A céder, pour cause de départ, un cabinet faisant 14,000 francs affaires, un dentiste daus la ville. Prix : 6,000 francs, moitié comptant.

S'adresser à M. Paul Dubois, au bureau du journal, sous les initiales V. X. Y.

G.-H. CORNELSEN

16, — RUE SAINT-MARC, — 16

PARIS

FOURNITURES POUR DENTISTES

Dents Minérales de :

H.-D. JUSTI; — S.-S. WHITE, de Philadelphie.
C. ASH et Fils; LEMALE et C°, de Londres.

INSTRUMENTS AMÉRICAINS DE :

John BIDDLE. — S.-S. WHITE. — H.-D. JUSTI

Or en feuilles, en éponge et en cylindres de :

WHITE. — WILLIAMS
ABBEY. — PACK. — WATTS

FAUTEUILS, TABLETTES, etc., de White

PROTOXYDE D'AZOTE LIQUIDE

et Appareils pour l'Anesthésie

Limes et Outils anglais

PIÈCES CLOISONNÉES DE STÉPHANE

en or et en alliage dentaire

PULPINE ROSENTHAL

OR de WOLRAB en feuilles et en cylindres, spécialement recommandé pour le système d'aurification de HERBST.

L'or en feuilles se fait dans les numéros 4, 5 et 6

Prix du cahier de 4 grammes, **20** *fr.*

L'Or en cylindres se fait en six grandeurs, numéros 0 à 5, et se livre en boît d'une seule grandeur et en boîtes de tous les numéros assortis

N°s 0 1 2 3 4 5

Prix de la boîte de 4 grammes, **20** *fr.*

VOL. 7. Paris, Juin 1887. N° 6

L'ODONTOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES MAXILLAIRES
OSTÉITE ET NÉCROSE

Par M. le Docteur TH. DAVID

(*Suite.*) (1)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Siège.* — L'ostéïte et la nécrose sont plus fréquentes à la mâchoire inférieure, soit à cause de sa situation superficielle et déclive, de sa texture plus compacte, de sa vascularité moindre, du peu d'adhérence de son périoste... soit parce que certaines causes lui sont plus spéciales (fractures, stagnation du pus, accidents de dent de sagesse). Seules les lésions syphilitiques et scrofuleuses font exception à cette règle. Elles ont pour siège particulier le maxillaire supérieur surtout dans ses portions palatine et nasale, la syphilis atteint quelquefois aussi la portion alvéolaire et même les os du nez.

Dans les violences extérieures, coup de feu, contusion... le siège dépend de la cause elle-même et varie avec elle. En tout autre cas la maladie débute au niveau du bord alvéolaire. Il en est ainsi des ostéites exanthématiques et à *fortiori* de celles qui ont une origine dentaire. On a bien cité des cas d'ostéite centrale des maxillaires par suite de carie, de périostite dentaires ; tout nous porte à croire que l'affection avait primitivement débuté au fond de l'alvéole. De plus la terminaison a été un abcès et non la nécrose.

Chez l'adulte, l'affection peut apparaître sur un point quelconque, tandis que chez les enfants elle a son siège de prédilection au niveau des molaires temporaires. Les rapports intimes de ces dents avec les dents définitives sous-jacentes, exposent ces dernières à être atteintes dans leur développement et même à être éliminées avec les portions d'os nécrosé.

L'*étendue* de la nécrose est très variable. La marge de l'alvéole peut s'exfolier sur un point, le fragment mortifié peut être réduit à une lamelle extrêmement mince ; la table externe est le plus fréquemment seule atteinte, mais les deux peuvent l'être ; toute la hauteur du procès et même toute la portion alvéolaire est quelquefois mortifiée et vient adhérente au sommet de la racine extraite ; un ou plusieurs alvéoles peuvent être pris.

La nécrose partielle ne reste pas toujours limitée au bord alvéo-

(1) Voir l'*Odontologie*, mai 1887. p. 220.

laire. Dans les accidents de sagesse elle atteint souvent au niveau de l'angle de la mâchoire, et le corps et la branche montante de l'os. En se propageant au corps du maxillaire supérieur, elle arrive à ouvrir le sinus, les fosses nasales. Le processus reste le plus souvent limité à un seul côté sauf dans la nécrose exanthématique où il présente une symétrie remarquable, affectant les deux côtés de la bouche également; rarement il atteint et détruit la mâchoire en entier. La nécrose totale n'a été observée qu'à la mâchoire inférieure, dans le cas de phosphorisme prolongé.

Mécanisme de la nécrose. — D'après Ranvier, celle-ci commence, comme pour les autres os, par l'inflammation du périoste et de l'os. Cette période peut se terminer soit par résolution, soit par suppuration, soit par nécrose; dans le premier cas, les phénomènes de congestion inflammatoire diminuent peu à peu et finissent par disparaître; dans le second, le périoste décollé par la suppuration, se recolle sur l'os dès que celle-ci est tarie. Dans le troisième cas, du tissu osseux nouveau se forme dans les interstices des canaux de Havers, amène le rétrécissement de ces canaux, leur oblitération même; puis l'étranglement des capillaires et l'arrêt de la circulation dans l'épaisseur de l'os, en déterminent la nécrose.

On distingue dans cette affection trois périodes, une de séparation de la partie mortifiée, une d'élimination, et une de réparation.

Lorsque la partie mortifiée, appelée le *séquestre*, est bornée à la partie qui entoure immédiatement l'extrémité radiculaire d'une dent, il se forme autour d'elle une couche de bourgeons charnus dont la réunion amène la fermeture de la partie absente; ce mode de réparation, fréquent aux alvéoles, chasse peu à peu devant lui le sequestre, dont l'élimination est pour ainsi dire spontanée; d'autres fois, on l'entraîne en arrachant la dent et la réparation ne tarde pas à se faire. Mais si la nécrose est plus étendue, les choses se passent autrement et l'on peut observer la série successive des trois phénomènes qui sont différents aux deux mâchoires, ce qui se conçoit facilement, étant donnée la constitution différente des deux os.

Séparation. — Lorsque la nécrose est rapide, la vitalité est suspendue brusquement dans le séquestre, et il se forme sur ses limites avec la partie vivante, une vascularisation active qui donne aux deux parties un aspect différent; l'os mort est blanc, l'os vif est plus rosé, plus rouge que de coutume; bientôt apparait un liséré plus rouge encore, assez étroit, qui indique nettement le point où se fera la séparation du mort d'avec le vif. Un peu plus tard entre les deux parties se montrent des bourgeons charnus nés de la surface de l'os vivant; le séquestre se détache, se sépare peu à peu, se mobilise, et il s'élimine seul, ou bien on l'extrait.

La nécrose est elle lente, la séparation ne se fait pas tout de suite; l'os qui doit être mortifié continue à vivre pendant un certain temps, devient le siège d'une ostéite raréfiante, et la séparation ne se fait entre le mort et le vif que lorsque la mortification est complète.

Le séquestre présente aussi un aspect différent dans les deux cas; dans le premier, il est lisse, uni, blanc, presque comme à l'état normal; dans le second, sa surface est rugueuse, érodée, grisâtre ou noirâtre, recouverte de couches plus ou moins épaisses d'os nouveau, unies plus ou moins intimement à l'os ancien.

En effet, lorsque l'ostéite dure longtemps, qu'elle procède par poussées successives, aiguës ou subaigues, le périoste qui entoure l'os nécrosé, s'il a lui-même résisté à l'inflammation, sécrète de nouveaux éléments osseux qui forment autour de l'os ancien une sorte de coque reproduisant d'une façon plus ou moins irrégulière la forme de l'os primitif. Ces végétations osseuses peuvent, à leur tour, être atteintes de nécrose et être éliminées avec l'os primitivement mortifié, auquel elles adhèrent. Elles sont surtout fréquentes et prennent même un aspect particulier dans les cas de nécrose phosphorée dont la marche est ordinairement si lente. On les désigne alors sous le terme d'*ostéophytes phosphoriques* : Celles qui adhèrent au séquestre ont la forme « de fines lamelles grisâtres, irrégulièrement entrecroisées, disposées en traînées ou en plaques ; on peut les comparer, par leur aspect, à de l'éponge de platine, de la pierre-ponce ou du madrépore. »

Pareilles productions existent à la face profonde de l'os, de nouvelle formation. Comme les précédentes, elles sont poreuses à la superficie et présentent les caractères de l'ostéite raréfiante; dans la profondeur, près du périoste, elles sont dures, éburnées, atteintes d'ostéite condensante comme l'os ancien au début de la maladie, et comme lui elles peuvent se nécroser.

Les couches sous-périostales, font ordinairement défaut dans la nécrose du maxillaire supérieur, où l'on observe également l'absence plus ou moins complète d'ostéophytes phosphoriques.

Elimination. — Facile lorsque le séquestre est de petit volume, elle est beaucoup plus difficile lorsqu'il est étendu, que la nécrose a duré longtemps, et que le séquestre, formé par le corps de l'os, est entouré d'ostéophytes qui l'emprisonnent. Elle se fait alors du côté de la peau, et beaucoup plus rapidement pour le maxillaire supérieur que pour l'inférieur.

Résorption. — M. Lannelongue a démontré que des fragments d'os nécrosés peuvent être entièrement résorbés par l'os nouveau, surtout s'il n'y a pas de suppuration dans la capsule séquestrale. Cette terminaison est assez fréquente à cause du peu d'étendue de la plupart des séquestres des maxillaires et de la

tendance qu'ont les plaies de la bouche à se fermer, à supprimer par conséquent l'entrée de l'air, cause de suppuration, de septicémie.

MODE DE RÉPARATION. — La réparation de portions de maxillaires est un fait fréquent.

Au maxillaire supérieur on ne l'observe jamais pour le bord alvéolaire, ni le corps de l'os ; les parois des alvéoles, du nez, du sinus sont trop minces pour se prêter à la réparation. Seule, la portion palatine, plus épaisse et tapissée de périoste sur ses deux faces, est susceptible de faire les frais d'une régénération incomplète à l'état ostéo-fibreux.

Au maxillaire inférieur, au contraire, la réparation est fréquente. Elle se fait par un mécanisme dont la description donnée par Broca, puis étudiée par Ollier, est devenue aujourd'hui classique.

Lorsque la nécrose comprend toute la circonférence du corps de l'os, les lamelles périostiques qui recouvrent les cloisons interalvéolaires ont été de bonne heure détruites par la suppuration. Le périoste alvéolo-dentaire est lui-même détruit, et d'ailleurs diffère trop du périoste osseux pour y suppléer. Il ne reste donc, pour fournir à la réparation, que le périoste des faces antérieure, postérieure et inférieure, c'est-à-dire une gouttière ouverte par en haut. L'os de nouvelle formation prend la forme de ce moule périostique qui lui a donné naissance, et constitue un auget qui enveloppe le séquestre sur ses parois latérales et inférieures.

Le périoste détaché de l'os, détaché de ses insertions supérieures aux alvéoles, se rétracte le long des faces du maxillaire, et d'autant plus que le séquestre est plus étendu ; il diminue de hauteur, aussi l'os auquel il donne naissance est moins élevé que l'ancien, ce qui rend l'angle de la mâchoire plus obtus.

Dans certains cas de nécrose étendue à tout le corps de l'os, le périoste complètement détaché s'est rétracté de telle façon qu'il est venu se replier, se placer au-dessous et en arrière de l'os ancien, formant un arc qui n'adhère plus à la mâchoire qu'au niveau de ses extrémités. De plus, les muscles génio-glosse, génio-hyoïdien et digastrique, qui ont conservé sur cette bande fibreuse leurs insertions normales, exercent sur sa partie médiane une traction en arrière qui tend à en redresser la courbure jusqu'à ce que l'ossification leur ait donné une certaine résistance. Il résulte de cela que l'os nouveau a une longueur et une courbure moindres, qu'il décrit un demi-cercle concentrique à celui du maxillaire primitif.

Si la necrose n'a détruit qu'une moitié du maxillaire, y compris la branche montante, l'os nouveau est plus court et forme une courbe irrégulière qui présente deux angles très peu marqués : l'un représente l'angle normal de la mâchoire dont il occupe la

place; l'autre, situé plus antérieurement, correspond à la réunion de l'os sain avec l'os nouveau (Ollier).

Dans le cas de nécrose des branches montantes, la réparation se fait au dépens du périoste des faces latérales, qui forme une gaîne aplatie, interrompue seulement en certains points du bord postérieur ou de la face externe. Ce sont des points au niveau desquels le périoste a été détruit et qui servent de passage à des trajets fistuleux.

Quand le périoste est détruit au bord inférieur, la reproduction de l'os se fait suivant les deux faces latérales; le bord alvéolaire ne peut faire de frais pour la réparation à cause du peu d'étendue des lamelles du périoste intéralvéolaire, et de la nature particulière (plutôt ligamenteuse qu'ostéogène) de la membrane alvéolo-dentaire.

Enfin, le périoste peut être détruit sur les deux faces et ne plus exister qu'à l'état de bandelette plus ou moins large; en pareil cas, la régénération est peu étendue et l'os nouveau a une forme très irrégulière qui ne reproduit en rien celle du maxillaire normal, ou bien à cause de l'âge, de la débilité du malade, ou parce que le périoste a été complètement détruit, la réparation fait défaut.

Les dents ne sont pas toujours éliminées avec le séquestre. Assez souvent elles restent en place, retenues par le tissu gingival épaissi, ou bien par l'os nouveau qui leur refait des alvéoles; elles peuvent donc reprendre leur fonction et même se consolider.

On a même prétendu que les dents pouvaient repousser, mais il n'en est rien: si les dents peuvent faire éruption après la nécrose des mâchoires, c'est que l'affection a eu lieu chez des enfants avant la sortie des dents permanentes et que les germes de ces dents ont été épargnés par la nécrose.

Il n'y a pas, au point de vue anatomo-pathologique des caractères propres aux différentes espèces étiologiques. La nécrose phosphorée seule se distingue par son intensité, par sa marche plus lente. De cette longue durée des phénomènes, il résulte pour le séquestre les caractères spéciaux que nous avons signalés et qui sont dùs à l'élargissement des canaux de Havers, aux ostéophytes phosphoriques.

La régénération n'y est parfois que temporaire et l'os nouveau est résorbé après un temps variable qui peut aller jusqu'à huit ou dix ans (Salter).

TRAITEMENT DE LA CARIE DU 3e DEGRÉ

AVEC DESTRUCTION DE LA PULPE

Par le Dr Kuhn

La société d'Odontologie a traité dans ses dernières séances, du traitement de la carie au troisième degré, par la destruction de la pulpe ; une communication importante de M. Dubois a attiré de nouveau l'attention sur ce point capital de la pratique. Si pour les gens soigneux d'eux-mêmes, nous traitons la carie dentaire à ses débuts, combien de fois les douleurs que provoque l'exposition de la pulpe sont-elles le motif de la visite au dentiste ?

Nous devons donc nous attacher à rendre efficace, à simplifier le traitement des dents à pulpe exposée.

M. Dubois a expérimenté l'association de quelques alcaloïdes aux composés arsenicaux et il a trouvé dans l'atropine un correctif de l'action congestive de l'acide arsénieux.

Il y a déjà bien longtemps que le même problème m'avait préoccupé. Je crois l'avoir résolu, j'emploie depuis vingt-cinq ans, — l'expérience peut être considérée comme décisive, — un composé arsenical dont l'action est indolore, rapide, énergique, sans que le retentissement du côté du périoste se fasse jamais sentir.

Voici ma formule :

1° Poudre :

Charbon de bois de peuplier pulvérisé.	10 gr.
Acide arsénieux.	3
Chlorydrate de morphine.	0 gr. 5

2° Liquide :

Créosote.	a. a.
Essense de girofle	

La pâte se prépare extemporanément pour chaque application. Le pansement doit s'appliquer avec le soin qu'exige tout pansement caustique.

Il peut être enlevé au bout de six heures et ne doit jamais rester plus de vingt quatre. Au bout de six heures la dévitalisation de la pulpe est obtenue. Dans certains cas il est nécessaire de faire une seconde application et tout à fait exceptionnellement une troisième.

Dans les cas favorables on peut pratiquer l'extirpation du nerf et l'obturation de la cavité dans la même journée.

L'extirpation des filets nerveux se fait généralement sans douleur, quand la sensibilité est assez vive un pansement à la créo-

sote achève la cautérisation et rend facile l'extirpation à la séance suivante. La périostite ne résulte jamais de l'application judicieuse de ce traitement.

Je suis heureux de voir mes jeunes confrères aborder ces questions pratiques par le côté scientifique, et constater qu'on commence aussi chez nous par échanger des idées.

Combien cela serait plus fructueux si tous les dentistes de France voulaient travailler en commun à l'œuvre du progrès professionnel !

MÉDECINE LÉGALE

RECONSTITUTION DE L'IDENTITÉ DES CADAVRES PAR L'EXAMEN DU SYSTÈME DENTAIRE

Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris

Par M. Ch. Godon

(*Séance du 7 juin* 1887)

L'épouvantable catastrophe de l'Opéra-Comique a montré combien, dans certaines circonstances, il peut être difficile de reconstituer l'identité d'un cadavre, par suite de la disparition ou de la destruction de tout signe extérieur.

En effet, à la suite de cet incendie, le corps d'un grand nombre de victimes atteint par les flammes avait été plus ou moins carbonisé. Aussi, en présence de ces restes méconnaissables, toute trace de vêtements ayant disparu, et les chairs ne formant plus qu'une masse noire et informe, il devenait difficile et même, dans certains cas, impossible pour les familles de reconnaître le corps des êtres chers qu'elles avaient si malheureusement perdus.

Cependant, quelque douloureuse que soit cette reconnaissance du mort, elle vaut encore mieux que la poignante incertitude dans laquelle restent plongés les parents des victimes dont les corps n'ont pu être retrouvés ou reconnus ; de plus, au point de vue légal, elle est nécessaire pour dresser les actes de l'état civil, sous peine de causer des complications et des difficultés de toutes sortes.

On ne doit donc négliger aucun des moyens propres à aider aux recherches et à permettre d'établir l'identité des cadavres. Mais, dans de semblables catastrophes, tous les signes extérieurs ayant disparus, les moyens de reconnaître les victimes sont peu nombreux et incertains. Il en est un cependant que l'on paraît négliger et sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention des autorités : je veux parler de celui que peut fournir l'examen

du système dentaire, qui, lui, n'est jamais détruit du tout, ou tout au moins subsiste un des derniers.

Plusieurs fois, en médecine légale, il a été ainsi possible d'établir ou de confirmer des identités. Je citerai quelques faits récents qui le prouvent surabondamment.

On se rappelle que, lors du débarquement des restes du fils de Napoléon III, tué dans le Zoulouland en 1880, le dentiste qui lui donnait habituellement ses soins fut appelé à confirmer, par l'examen des dents, l'identité du cadavre.

Il y a quelque temps, dans le curieux procès Ménétret, un autre de nos confrères put affirmer que les ossements trouvés dans le jardin appartenaient au cadavre de Mme Ménétret, par suite de la présence, sur un maxillaire, d'un appareil de dents artificielles dont il avait conservé sur ses livres la date d'exécution et possédait encore le modèle.

Enfin, et c'est ce qui fait l'objet de ma communication aujourd'hui, une de mes clientes fit partie, en 1885, avec un groupe d'Européens, d'une caravane qui parcourait une région de l'Amérique du Sud, dans un but moitié commercial et moitié scientifique. Une vingtaine de membres de la caravane dont Mme X... furent envoyés en avant pour chercher de l'eau. Surpris, par une troupe d'Indiens, ils furent tous massacrés. Les corps mutilés et dépouillés de tout vêtements furent abandonnés sur le terrain et devinrent la proie des bêtes sauvages. Quelque temps après, un missionnaire, traversant ces régions peu explorées, se trouva en présence des restes des malheureuses victimes.

En examinant une des têtes, il constata, sur un maxillaire inférieur, la présence de dents aurifiées et d'un appareil prothétique de deux dents artificielles, montées sur une plaque d'or et de caoutchouc rose ; il rapporta la tête au consulat le plus voisin.

L'appareil, reconnu par un des amis fut renvoyé à la famille. Il fut ainsi possible de fixer l'identité du cadavre trouvé et d'établir d'une façon authentique la mort de Mme. X...

Ces exemples, et beaucoup d'autres qu'il serait trop long de citer ici, prouvent combien l'examen du système dentaire peut fournir d'utiles indications.

Peu de personnes atteignent actuellement un certain âge sans avoir eu besoin de réclamer, une ou plusieurs fois, le concours du dentiste ; de plus, tous nos confrères ont remarqué combien, même sans avoir pris de schéma ou gardé de modèle, ils conservent longtemps le mémoire de la bouche de leurs patients.

Nous proposons donc à la Société d'Odontologie d'émettre le vœu suivant :

« Dans tous les cas où tous les signes extérieurs permettant de reconnaître un cadavre ont disparu, il soit procédé à l'examen des dents. Pour cela, un dentiste devra être chargé de dresser

un schéma exact de l'état du système dentaire, portant toutes les restaurations partielles ou totales qui lui auraient été faites (obturations, aurifications, dents artificielles, etc.), ou simplement en indiquant les dents absentes, ou simplement les particularités quelconques qu'elles portent. »

Nul doute que, par ce procédé et avec le concours des familles ou des dentistes, on arriverait ainsi à établir nombre d'identités impossibles autrement, et dont il nous paraît inutile de faire ressortir davantage l'utilité.

(Cette proposition, appuyée par M. Poinsot, est adoptée).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 mai 1887

Présidence de M. Poinsot, président.

I. Traitement destructeur de la pulpe. II. Présentation de pulpe ossifiée. III. Cas d'implantation d'une dent.

I. Traitement destructeur de la pulpe

Le procès-verbal est adopté.

M. Dubois continue sa communication sur ce sujet (voir Odontologie mai 1887, page 211).

M. Poinsot. — Vous nous avez parlé d'un mélange d'arsenic et de glycérine ; un de nos confrères l'emploie depuis longtemps et il prétend avoir des succès.

M. Ronnet. — J'emploie depuis quelque temps la formule de M. Dubois et je dois dire que j'en obtiens de bons effets. Ces jours derniers j'ai soigné un patient âgé de 25 ans, dont la première petite molaire supérieure droite était cariée à la face antérieure. La corne de la pulpe était à nue, et après une seule application, au bout de 48 heures j'ai pu extraire ma pulpe sans douleur.

J'ai eu un autre cas avec moins de succès, mais je dois dire que je n'avais laissé mon pansement que 24 heures Le sujet a 35 ans ; il souffrait de la première grosse molaire supérieure droite; il n'y avait là qu'un léger suintement de la pulpe ; lorsque j'ai voulu l'extraire au bout de 24 heures, mon patient a accusé de vives douleurs. J'ai fait alors une seconde application de ce même pansement et le surlendemain, j'ai pu opérer sans la moindre douleur.

M. Gillard. — Je crois, messieurs, qu'il faut se méfier des composés liquides de l'acide arsénieux, car ils peuvent fuser sur

les gencives et produire des accidents ; il faut aussi que la cavité pulpaire soit bien ouverte.

M. Dubois. — Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de danger avec l'acide arsénieux, mais avec l'atropine il faut du soin et mettre la digue comme je l'ai dit tout à l'heure. Je n'ai eu qu'un cas où j'ai observé une grande sécheresse de la bouche qui a durée toute une journée ; malgré tout, en nous entourant de précautions, nous pouvons employer ces médicaments.

M. Ronnet. — J'emploie la solution de M. Dubois sans digue, et place simplement une petite serviette dans le sillon gingivo-labial, et j'ai soin de ne faire mon pansement que dans la cavité, sans toucher aux parties voisines, et je bouche immédiatement.

M. Poinsot. — Je remercie M. Dubois de nous avoir parlé de cette association de l'acide arsénieux avec l'atropine ;vous nous avez parlé aussi de l'association de l'huile de girofle, eh bien, je crois qu'il vaut mieux s'en servir, surtout pour les dents antérieures; cela n'en change pas la couleur. Il faut savoir si l'on a affaire à des caries à marche lente ou à marche rapide. J'ai eu dernièrement à traiter une deuxième grosse-molaire inférieure, carie à marche lente avec un commencement de calcification de la pulpe, et j'ai dû enlever dans la même journée ma pulpe et mes nerfs. Maintenant, doit-on mettre une ou plusieurs fois de l'acide arsénieux, je ne le crois pas.

M. Heidé. — J'en ai fait souvent trois et quatre applications et je n'ai pas eu d'accidents.

M. Ronnet. — Chez les jeunes sujets, je ne me sers même pas d'acide arsénieux; j'emploie l'eau de Rabel et la cocaïne.

M. Legret. — Un élève de l'école, M. Monin, a, devant moi, extrait une pulpe sans douleur en faisant une injection d'eau et de cocaïne à 5 centigrammes dans la pulpe même. Je dois dire qu'auparavant, M. Monin avait essayé de la méthode de Witzel avec son acide arsénieux spécial au bout de vingt minutes lorsqu'il a voulu extraire sa pulpe, il dut y renoncer, devant les douleurs terribles qu'éprouvait sa jeune patiente. C'est alors qu'il tenta d'injecter de la cocaïne, ce qui lui a réussi.

M. Dubois. — La pulpe est presque toujours incomplètement détruite par le pansement à l'acide arsénieux, et alors, comment ce médicament pourrait il occasionner des accidents aux parties voisines ? à moins cependant de l'avoir appliqué sans soins. Il n'y a donc, selon moi, aucun inconvénient à mettre de l'arsenic plusieurs fois dans les caries bien franches du troisième degré.

M. Poinsot. — Je crois, Messieurs, qu'il ne faut pas faire abus de l'acide arsénieux, et quoi qu'on en dise, il peut être dangereux ; il est toxique à de très petites doses.

M. Dubois. — L'acide arsénieux n'agit que sur les tissus vivants et il ne s'absorbe pas par le tissu pulpaire.

M. Poinsot. — Je l'emploie depuis longtemps, mais toujours avec prudence. Un Américain me disait tout dernièrement, qu'ayant une carie d'une grosse molaire à traiter, il avait fait l'expérience suivante : il a placé dans la cavité, de l'acide arsénieux et par dessus de la gutta ; depuis six mois elle est dans cet état et jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'accident.

M. *Lemerle.* — J'ai traité bien des dents par cette méthode pendant cinq ans, mais je mettais du ciment au lieu de gutta, et souvent j'ai eu d'heureux résultats.

M. Godon. — Des statistiques nous apprennent qu'on obtenait par ce mode opératoire de 5 à 6 succès sur 10, mais qu'à une époque plus ou moins éloignée, il y avait des accidents.

M. Lemerle. — Je parle de dents affectées de pulpite, et sans périostite.

M. Gillard. — Dans un certain nombre de cas on ne peut pas toujours placer la digue et la replier. Lorsqu'on a des pansements très caustiques à introduire dans une carie, je me sers de tout petits morceaux de digue que je maintiens avec des rondelles de caoutchouc comme celles qui servent aux redressements.

M. Dubois. — Je ne peux qu'appuyer ce que nous dit M. Gillard ; on exagère beaucoup les difficultés que la pose de la digue demande. Dans la plupart des cas, je fais comme notre collègue et j'emploie des morceaux de quelques centimètres carrés. Le clamps est un moyen rapide de les fixer. On peut aussi se servir du moyen indiqué par M. Gillard ou d'un coin de bois, d'un fil non noué, etc., la digue est très bien supportée par le patient quand elle n'est pas un bâillon sous lequel on étouffe, et les pansements et les obturations les plus simples sont, grâce à elle, toujours mieux faits. Quant au succès de M. Monin, il est exceptionnel. Il y a déjà longtemps que M. Ronnet et moi l'avons expérimenté à la clinique, sans succès bien appréciable, les solutions aqueuses de cocaïne se diffusent peu dans le tissu pulpaire, et je crois que pour obtenir des effets appréciables, il faut y joindre un caustique : l'acide sulfurique ou simplement l'Eau de Rabel. Après un certain nombre d'essais, je crois que ce sont les meilleures associations de la cocaïne pour obtenir l'extirpation analgésique de la pulpe.

M. Ronnet. — Le Dr Aubeau et moi avions, il y a deux ans, essayé la cocaïne en application directe sur la pulpe et comme pour les expériences dont parle M. Dubois les résultats avaient été peu encourageants.

II. — *Présentation d'une pulpe ossifiée.*

M. Heidé. — Messieurs, je vous présente une ossification de la pulpe qu'il m'a été donné d'observer.

III. — *Implantation d'une dent.*

M. Meng. — J'ai profité du bon vouloir d'une de mes clientes pour tenter une implantation dans des conditions analogues à celles du Dr Younger dont j'ai fait connaître les essais dans l'*Odontologie.* Cette opération a été faite, il y a plus d'un mois, le 24 mars. La dent se consolide de jour en jour, j'espère la voir se raffermir encore et pouvoir vous présenter la patiente à la prochaine séance.

La séance est levée à 10 heures 45.

Le secrétaire des séances,
Eug. Legret.

Le mercredi 15 juin, M. le docteur R. Knapp, de la Nouvelle-Orléans, a fait une démonstration du système à pont devant la Société d'Odontologie de Paris. Le conférencier présenta de nombreux spécimens de ses travaux ; l'auditoire admira la brillante exécution des couronnes et appareils mis sous ses yeux, l'ingéniosité de leurs moyens d'attache.

Notre éminent confrère décrivit aussi son *modus faciendi.* MM. Levett et Godon traduisirent les explications de l'orateur.

M. Poinsot, président de la Société, remercia en quelques termes chaleureux M. Knapp de son excellente démonstration et des preuves de sympathie qu'il donnait aux dentistes français.

Nous publierons dans le prochain numéro la conférence de M. Knapp.

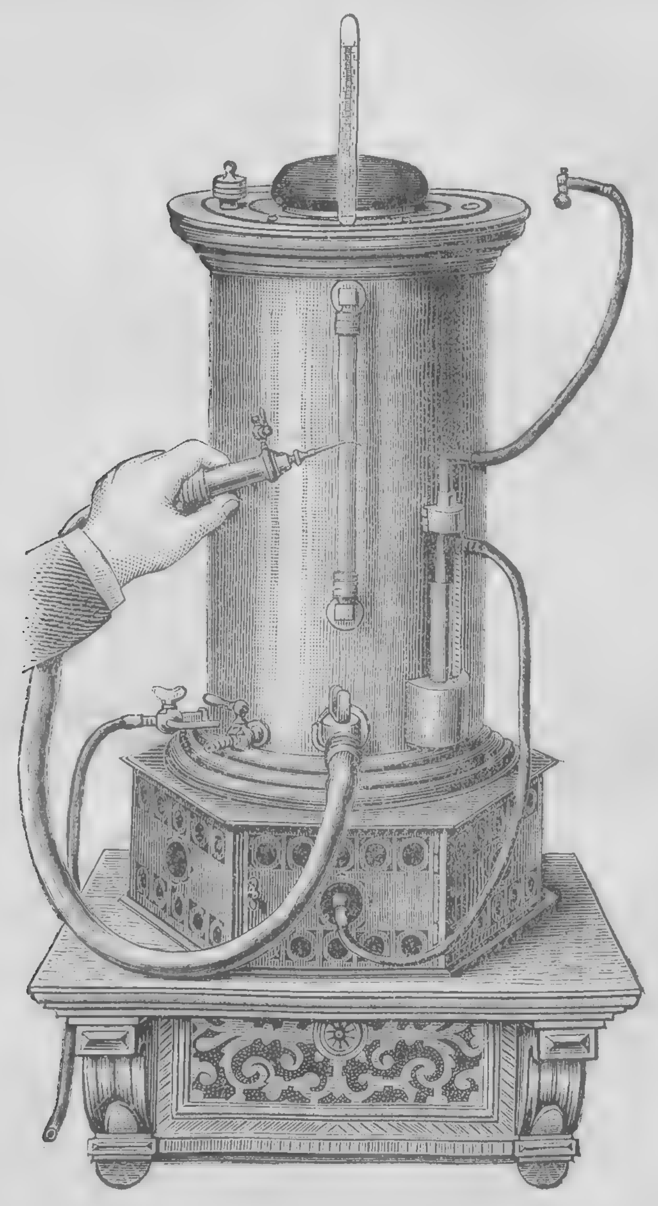
REVUE DE L'ÉTRANGER

Un nouvel appareil pour la production de l'air chaud au moyen d'eau chaude

Par le docteur Telschow.

L'emploi de l'air chaud pour sécher les cavité des dents cariées n'est pas nouveau, et les appareils construits dans ce but reposent sur le principe de chauffer l'air dans des tubes de métal chauffé. Le résultat obtenu par ce moyen était cependant toujours défectueux, car l'air émis au commencement était trop chaud et celui qui venait ensuite l'était trop peu ; un courant d'air uniformément chand ne pouvait pas être obtenu. En outre, il est important que l'air soit employé le plus sec possible, ce à quoi on n'avait pas égard dans les précédents appareils.

La sensibilité de la dentine est considérablement atténuée par le séchage de la cavité de la dent, nous le savons par expérience,



Appareil breveté pour la production de l'air chaud au moyen d'eau chaude.

et il a déjà été rapporté dans nos journaux spéciaux que cela se

produit à un bien plus haut degré pu moyen de l'influence constante de l'air chaud. Je me permets à ce propos de citer un petit article du « Dental Cosmos », numéros d'octobre 1885, reproduit dans la publication trimestrielle austro-hongroise sur l'art dentaire. Il est intitulé : « L'emploi d'air chaud et sec comprimé dans la chirurgie dentaire. » H. C. Register écrit écrit « qu'une foule d'opérations dentaires sont considérablement facilitées et rapidement exécutées par l'emploi d'air chaud comprimé. » L'hyperesthésie de la dentine pendant la préparation est très rapidement émoussée si on fait agir nn couurant d'air chauffé à la température du sang. Dans bien des cas, il est bon d'engourdir auparavant la sensibilité superficiellement au moyen de tannin, d'acide phénique, etc. Avant l'obturation, toute trace d'humidité est détruite par l'air chaud comprimé ; pour la consolidaeion des couronnes on obtient une adaptation parfaite de la couronne artificielle sur la racine ; pour le blanchiment des dents, le séchage incomplet est une cause principale de l'insuccès en ce que l'humidité empêche l'agent de blanchiment de rester sur la dent : l'air chaud comprimé est encore ici nécessaire ; il l'est de même pour le séchage des obturations au ciment d'oxyphosphate de zinc qu'on vient de terminer, ainsi que pour le traitement de la pyonhiée alvéolaire. Par cette dernière, la gencive refoulée doit être maintenu à sec par un courant continu d'air chaud et comprimé de telle sorte qu'on puisse examiner la région du collet et, au besoin, éloigner le tartre de la dent. Le même appareil peut de même être employé pour la pulvérisation de médicaments. Je ne parle ici que de l'emploi d'air chaud comprimé sans que je juge nécessaire de faire la description de l'appareil indispensable pour le produire. A ma connaissance, il n'existe pas d'autres générateurs d'air chaud que ceux qui ont été cités précédemment qui, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, ne donnent qu'un résultat imparfait. Dans mon nouvel appareil, j'espère avoir évité ces défectuosités. Il présente, en outre, l'avantage de pourvoir le cabinet d'opérations d'eau chaude dont nous avons besoin très souvent pour ramollir les matières d'empreintes, ainsi que dans beaucoup d'opérations de la bouche, pour rincer celle-ci, etc.

Mon système consiste à chauffer l'air au moyen d'eau chaude qui est conduite par un tuyau jusqu'à l'orifice de la seringue à main. L'appareil est de forme cylindrique et a, dans l'intérieur du cylindre, une zone d'eau chaune maintenue par une cloison. Le chauffage uniforme de l'eau s'opère au moyen d'un régulateur à gaz de Bunser, qui est mis, d'après un thermomètre, à un certain degré de chaleur. L'intérieur de l'appareil sert à chauffer l'air qui, pour perdre toute son humidité, passe sur du chlorure de calcium ou de la chaux vive et est chassé par un soufflet. Veut-on employer l'eau chaude à des injections dans les opérations dentaires, on conduit le courant d'air sur la surface de l'eau de la zone en se servant du tuyau à trois trous.

En France, j'ai appris à connaître la méthode de l'emploi de l'air chaud dans les opérations dentaires douloureuses, et j'ai observé qu'avec elle on peut obtenir de bons résultats. Les appareils imparfaits employés jusqu'à présent m'ont engagé à faire tous mes efforts pour imaginer un appareil produisant de l'air chaud au moyen d'eau chaude Je le crois mieux approprié à notre usage que ce qui nous a servi jusqu'ici.

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

De la greffe dentaire au point de vue historique et expérimental, par Léon Freidel, travail du laboratoire d'histologie normale de l'Université de Genève.

La connaissance et la pratique seraient bien restreintes si nous ne savions des sciences biologiques que ce que l'observation nous permet d'entrevoir. Pour pénétrer les secrets de la vie, et par conséquent pour établir une thérapeutique judicieuse, il faut faire appel à un autre ordre de recherches : à l'expérimentation. Elle permet de scinder les phases du phénomène, d'en faire varier les conditions, de saisir les dissemblances et les analogies sur le fait, d'illuminer les points obscurs.

Une dent arrachée intentionnellement ou non, reprend ses connexions alvéolaires, si on la remet en place en usant de certaines précautions. Voilà ce que nous savons depuis plusieurs années. sans que le processus de cette réunion ait été bien expliqué, les succès de M. Younger semblent renverser nos hypothèses en augmentant les indications de la greffe. Il est bon que l'expérience vienne nous apporter quelque lumière supplémentaire.

Voici en quoi consistent les expériences de M. Freide : enlever et réimplanter à des chiens des dents, les mettre en observation pendant la période de consolidation, pour examiner ulterieurement, sur l'animal tué, l'état des maxillaires, des dents reimplantées et les comparer aux dents normales. Cette étude est des plus fructueuses, et nous y renvoyons tous ceux qui veulent apprendre à cet égard. L'épaississement du périoste, l'envahissement du canal par du tissu de nouvelle formation, qui avait déjà eté signalé par M. Bugnot, les modifications des bords alvéolaires, la résorption des racines sur les points dénudés de périoste, sont autant de faits intéressants et montrés sous un nouveau jour.

L'ouvrage de M. Friedel mérite l'étude. Il est aussi un bon exemple pour la jeune génération. Espérons qu'il soit suivi.

Nous sommes heureux de voir les dentistes s'engager dans cette voie de la recherche scientifique pure, sans laquelle la pratique participe plus de l'instinct que de l'intelligence.

Ceux qui ont pratiqué les premiers cette opération hardie, qui ont précisé son manuel opératoire, MM. Magitot, David, etc., ont étendu les limites de notre art. Il est maintenant nécessaire d'en pénétrer les conditions.

On perfectionne bien lentement si on ignore le comment. M. Friedel a bien fait de le chercher.

Notes sur les anesthésiques, par M. Arthur S. Underwood, professeur d'anatomie et de physiologie dentaires, à the Dental Hospital of London, traduction du docteur G. Darin (Ash et Fils).

L'auteur n'a pas eu la prétention de faire un traité complet sur l'anesthésie chirurgicale, mais seulement de résumer pour les dentistes les notions de physiologie et de pratique opératoire que l'administration des anesthésiques demande.

Les quelques remarques suivantes montreront la valeur pratique de ce petit volume :

« Pour l'attitude à donner au sujet, il est bon de rappeler que la tête doit se trouver le plus possible en ligne droite avec le corps, ne s'inclinant ni en arrière ni en avant.

» Cette position est essentielle pour la liberté de la respiration, comme il est aisé de s'en assurer en s'asseyant dans un fauteuil suivant ces diverses attitudes et observant la facilité ou la difficulté relative de la respiration. A ce propos, indiquons une autre erreur que commettent les opérateurs qui se servent des daviers à bec de faucon pour enlever les molaires inférieures. Cette erreur consiste à repousser la langue en arrière avec la main gauche et à fermer complètement les voies respiratoires ; la vivacité de l'extraction fait souvent oublier ce genre de danger, contre lequel il importe de se mettre soigneusement en garde, car il pourrait être grave si l'opération devait se prolonger.

» D'un autre côté, il est naturellement fort sage d'interposer un doigt pour éviter de blesser la langue avec le davier, car un semblable accident est toujours pénible pour l'opéré. »

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas plus insisté sur les conditions des opérations dentaires pendant l'anesthésie. Dentiste écrivant surtout pour des dentistes, il aurait peut-être pu donner une plus grande place à cet ordre d'idées.

Dans la nomenclature des appareils, il passe sous silence les purificateurs, l'appareil à doser le chloroforme du docteur R. Dubois. Si on regrette que le travail ne soit plus étendu, on ne peut que reconnaître que tout ce qu'il renferme y est clairement expliqué et que la lecture en sera profitable pour tous les praticiens.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE DOIT-IL RESTER LIBRE?

Par M. P. Dubois

Les initiatives courageuses de quelques citoyens ont fondé l'Ecole dentaire de Baltimore en 1839, l'Ecole dentaire de Londres en 1859, l'Ecole dentaire de Paris en 1880. Pour aucune d'elles, les gouvernements n'ont eu l'honneur de la création. Ce que l'Etat n'a su créer, peut-il le faire vivre? Beaucoup le croient. Ils pensent que l'initiative privée, surtout en France, est pour de telles œuvres dans des conditions bien difficiles, qu'elle peut semer, mais que le soin de développer appartient à plus puissant qu'elle.

La liberté de pratique a peu d'adversaires parmi les dentistes, les avantages de la liberté d'enseignement y sont moins généralement reconnus.

Beaucoup considéreraient comme un progrès, que l'Etat voulût bien s'emparer de leur œuvre et la fît sienne. Ils seraient heureux de voir l'école où l'on forme leurs successeurs; similaire des écoles de médecine, de droit, de génie civil, d'art.

Pour défendre la liberté d'enseignement de notre art, nous avons non seulement à contrecarrer les tendances envahissantes de tous ceux qui vivent de l'administration, ou en tirent un profit personnel — direct ou indirect — mais encore le préjugé de gens désintéressés qui croient à leur impuissance et ont le fétichisme de cette vieille divinité qui tombe en poussière : l'Etat.

On nous dit : Il peut seul faire grand, monumental, il a pour cela les ressources matérielles et morales dont ne disposent pas les citoyens. Il a un budget de plus de trois milliards à sa disposition, et puisqu'il est reconnu qu'il importe à la santé publique que le dentiste soit savant en science médicale, habile en la pratique de son art, peut-il le devenir autre part qu'en travaillant dans une école gouvernementale? Si quelques centaines de mille francs sont nécessaires pour cet objet, on peut, on doit les trouver. On disait autrefois : que la France était assez riche pour payer sa gloire. Ne le serait-elle plus assez pour payer la sécurité, la santé de ses habitants? On veut relever la dignité professionnelle, quel meilleur moyen que d'imposer à tous les praticiens des études dans des écoles dont la puissance publique aura la direction, que de leur donner un diplôme ayant l'estampille officielle.

En examinant les faits, on verra que ces espérances sont un leurre, que les dentistes savent mieux ce qui leur faut qu'un chef de bureau et ses subordonnés. Que, pour cela, comme pour tant d'autres choses, l'initiative privée peut assure des services équivalents, avec moins de dépenses que l'Etat.

Et enfin, qu'elle peut faire plus grand, mieux adaptée aux besoins successifs de notre société en mouvement.

L'article 4 du projet de la commission de la Chambre dit : que la réglementation « ne sera applicable que du jour où un cours « d'art dentaire existera depuis deux ans dans toutes les Facultés « de médecine de l'Etat, Ecoles de plein exercice; Ecoles secon- « daires mixtes de médecine et de pharmacie. »

La France compte six facultés de médecine, trois écoles de plein exercice et quatorze écoles secondaires mixtes de médecine et de pharmacie.

D'après ce plan, il serait donc fait un cours d'art dentaire dans vingt trois villes. Vingt-trois professeurs seraient nommés. Ces professeurs auraient à embrasser tout ce qui concerne notre art, en une quarantaine de leçons orales. Dans ces quarante leçons, il devraient faire un peu d'anatomie et d'histologie de la dent, la physiologie du système dentaire, la pathologie, la thérapeutique spéciales, — comprenant la dentisterie opératoire, traitement de la carie et ses complications, l'obturation de cavités, l'extraction des dents, — manuel opératoire, accidents consécutifs, — le traitement des gingivites; la prothèse dentaire, ses indications dans la réparation faciale et des maxillaires, le redressement des dents, quelques notions sur l'anesthésie, etc., etc.

Voila ce que nos législateurs proposent de faire pour enseigner l'art dentaire en France. Quant au gouvernement, il n'a même pas les préoccupations de la commission, et il pense que les écoles de médecine actuelles font une part suffisamment large à l'odontologie, car le projet ne fait pas mention d'études spéciales, de création de chaires où l'on parlera, même succinctement, de ce qui est nécessaire à la pratique de notre profession. Pour les médecins, pour les hommes politiques notre spécialité n'existe pas, la technique de l'obturation, du traitement de la carie, la prothèse sont négligeables; les mieux intentionnés croient que tout cela peut s'apprendre en une quarantaine d'heures.

La vieille tradition de l'enseignement classique domine là comme en tant d'autres matières. Savoir disserter, avoir une teinture de tout, sans rien approfondir, n'est-ce pas pour ses défenseurs; la meilleure gymnastique intellectuelle? la meilleure préparation à l'exercice de la profession? Qu'a-t-on besoin de connaître les spécialités? Cela s'apprend tout seul ! Boucher une dent, belle affaire, quand on vous a démontré tant de choses plus difficiles à comprendre.

Et c'est avec de semblables idées, qu'on veut nous rendre possible la lutte contre les concurrents étrangers qui ont appris leur métier dans des écoles spéciales, qui ont reçu un enseignement pratique réel.

The Pennsylvania Dental College of Dental Surgery a cinq cours théoriques, de nombreuses démonstrations cliniques et de laboratoire. *The Dental Hospital of London* a quatre cours théoriques spéciaux, (l'enseignement médical ayant été déjà reçu par l'étudiant dans les facultés de médecine).

A l'*Ecole dentaire de Paris*, l'enseignement est donné en trois années ; les élèves y ont tous les jours deux cours oraux ; son personnel enseignant compte douze professeurs ayant tous des cours suivis qui sont : anatomie et physiologie dentaires, humaines et comparées, histologie, micrographie, pathologie dentaire, thérapeutiques spéciales comprenant la dentisterie opératoire, la prothèse. Voilà pour l'enseignement théorique. Quant à l'enseignement pratique, il est donné tous les jours par un personnel de vingt et un professeurs, chefs de clinique et démonstrateurs, dont un de chaque grade est de service chaque jour On détruirait cette organisation pour lui substituer un cours unique. Ce ne serait pas un progrès, mais un recul.

On nous objectera que l'indifférence gouvernementale, que l'insuffisance des propositions de la commission ne résisteront pas à l'examen des faits, et que si l'on veut un enseignement de l'art dentaire donné par l'Etat, on instituera auprès des six facultés de médecine des cliniques spéciales, des cours spéciaux, qu'on les dotera dans la mesure du nécessaire.

En admettant cette hypothèse, voyons les conséquences. L'Ecole dentaire de Paris a un budget dépense de 40,000 francs ; aucune fonction administrative n'y est payée, ainsi que la plupart des postes dans le corps enseignant ; les professeurs de cours théoriques y ont une indemnité de 500 francs. Le gouvernement pourrait il compter sur de semblables générosités ? pourrait-il offrir des indemnités aussi dérisoires ? A son service, l'administration n'est pas gratuite, tous les services doivent être rétribués. Il est évident que des écoles dentaires en France coûteraient annuellement plus de 40,000 francs chaque, malgré la suppression du loyer et de quelques frais accessoires. A Paris, on ne ferait pas bien grand avec 100,000 francs. En veut on la preuve ?

L'Ecole dentaire de Genève a coûté, au canton de Genève, 38.700 francs pour la première année ; et encore, pour compenser l'insuffisance de recettes d'inscriptions, elle doit faire de la prothèse dentaire à plus bas prix que les dentistes de la ville. Veut-on aussi que le gouvernement de la République française devienne

fabricant de dentiers artificiels, et que les électeurs influents puissent

Effacer des ans l'irréparable outrage

avec les deniers publics.

Six écoles dentaires en France ne pourraient pas fonctionner à moins d'une dépense annuelle de 250,000 francs.

Est-il l'heure d'ouvrir un nouveau chapitre au budget, d'enlever à l'initiative privée ce qu'elle a créé, ce qu'elle fait vivre pour lui substituer l'administration ?

La question dépense écartée, on ne peut que craindre l'absorption de notre enseignement professionnel par les facultés de médecine. Tous ceux qui ont le souci de l'enseignement de la médecine en France déplorent à tout instant que les spécialités, même celles qui sont réellement médicales, y aient une place aussi restreinte, et nous qui sommes en dehors, ou au moins à côté, nous serions plus heureux. Comment ! la laryngologie, l'otologie, la gynécologie, les maladies des voies urinaires n'y ont pas une place à elles. Récemment, M. le professeur Fournier affirmait que peu de docteurs en médecine connaissaient, au début de leur carrière, la syphilis ; il réclamait pour la syphiligraphie un champ d'observations plus vaste, un enseignement plus précis, et on nous accorderait, à nous qui ne sommes pas de la maison, une place suffisante.

Qui ose l'espérer ?

Notre art demande un outillage spécial fort coûteux : fauteuils d'opération, tours, daviers, etc., etc. Cet outillage se renouvelle, se transforme chaque jour, et quelle serait la situation de l'enseignement de l'art dentaire, si la commission du budget refusait les dépenses d'amélioration, de transformation que le temps, que le progrès rendent nécessaires ?

Est-on aussi bien assuré que les nominations seraient toutes inspirées du désir d'avancement de la science, de l'élévation du niveau pratique ?

Est-on aussi bien assuré que les titulaires de chaires ne s'y immobiliseraient pas ? et n'a-t-on pas à craindre qu'ils ne suivent d'un pas peu alerte les progrès que notre art enregistre tous les jours ? L'amovibilité d'un professeur d'école libre préserve de la stagnation. L'inamovibilité du professeur d'origine gouvernementale, a le plus souvent des conséquences contraires.

Certes ! l'enseignement libre n'est pas sans inconvénients, surtout au début. Il ne doit son existence qu'à des contributions volontaires, et l'idée de solidarité n'a pas encore pénétré dans tous les esprits, elle ne s'est pas encore imposée à toutes les volontés. Il s'ensuit que ses ressources sont bien limitées. Malgré cela, il porte en lui, surtout pour l'instruction professionnelle, une capa-

cité de développement que ne pourrait donner l'école gouvernementale.

Oui, nous savons ce que notre jeune école a d'étroit, combien ses ressources sont exigües, précaires, tout ce qui reste à faire pour lui donner une installation matérielle assez large pour recruter peu à peu un groupe de praticiens aimant non seulement les côtés pratiques de leur métier, mais encore les sciences qui s'y rattachent, voyant dans le champ restreint où ils travaillent une réduction du Cosmos, justifiant leur spécialité non seulement par des progrès techniques, mais encore par des contributions à l'œuvre de la science générale.

La pratique, l'enseignement de l'art dentaire sont issus de la liberté. Ils grandiront sous son égide.

Pourquoi ce long espace de temps entre la fondation de l'Ecole de Baltimore en 1839 et la fondation de l'Ecole Dentaire de Paris en 1880. Parce que les dentistes espéraient toujours que le gouvernement aurait plus de souci de leurs intérêts qu'ils n'en avaient eux-mêmes. Il a fallu la République, il a fallu sa tolérance en matière d'associations, il a fallu la loi sur les syndicats professionnels, pour que les dentistes pussent se grouper.

Il nous sera permis de dire qu'avant elle : l'air ambiant manquait.

L'avenir de notre profession dépend beaucoup du parti que nos législateurs adopteront. C'est avec confiance, que nous attendons leur décision.

Que les projets de réglementation soient définitivement écartés, que les espérances d'absorption gouvernementale ne se réalisent pas, que les dentistes gardent la gérance de leurs intérêts moraux et matériels, et l'on verra tout ce que l'avenir réserve à nos successeurs ; tout ce que peut notre corporation pour l'enseignement, pour la solidarité, pour l'honneur de son pays, pour la science.

Le gouvernement de la République ne voudra pas donner satisfaction aux tentatives rétrogades de nos adversaires, servir les quelques intérêts particuliers, qui ont besoin de la réglementation pour constituer notre profession à l'état de corporation fermée.

Depuis un siècle, la liberté de l'exercice de notre art existe. Cette liberté a eu moins d'inconvénients que la réglementation de plusieurs autres. On ne peut invoquer contre elle des faits, une statistique démontrant le péril qu'elle cause.

Les demandes de privilèges se masquent de l'intérêt public, sur cette question, l'intérêt général, la santé publique ne sont pas en jeu, il s'agit purement et simplement d'une demande de privilège.

Les dentistes ont montré qu'ils savaient se réformer eux-mêmes, qu'ils pouvaient associer leurs efforts dans un but généreux. Ce qu'ils ont fait dans des conditions difficiles garantit qu'ils sauront pourvoir aux besoins nouveaux. Il serait à souhaiter que sous la protection de la loi toutes les professions pussent s'organiser de même, tirer de leur propre fonds les ressources nécessaires, pour créer des écoles professionnelles, des caisses de retraites.

Est-il du rôle de ceux qui ont la garde des intérêts de la Patrie et préparent l'avenir, de dire à ceux qui ont eu le courage d'établir sur notre sol une maison commune pour leurs frères de travail :

« Vous avez eu tort, vous auriez mieux fait de ne vous occuper chacun que de vos affaires particulières. L'administration peut seule tenter de semblables édifications. »

Non, on voudra pour notre corporation, comme pour les autres, nous laisser faire l'apprentissage de la liberté ; du gouvernement de nos affaires. On ne permettra pas que la semence de self government que la République a fait germer, soit étouffée dès ses premières efflorescences.

L'ART DENTAIRE EN ESPAGNE

Par M. R. Tralero

M. le directeur de l'Odontologie,

Voici les quelques renseignements que vous m'avez demandés sur les conditions légales de l'exercice de l'art dentaire en Espagne. Le 15 janvier 1881, la *Gazette officielle*, se référant à un décret de l'autorité royale en date du 1 juin 1875, publia un arrêté mettant en vigueur la loi qui obligeait à l'obtention du diplôme spécial de chirurgien dentiste, pour pouvoir exercer en pays espagnol.

A partir de cette époque, tous les dentistes, espagnols ou étrangers, voulant s'établir en Espagne doivent subir des épreuves à la Faculté royale de médecine de Madrid, pour pouvoir exercer leur profession.

Les examens se passent devant un jury composé de cinq membres, trois docteurs en médecine dont deux professeurs à la Faculté et deux dentistes diplômés de la même Faculté, nommés par l'Université centrale.

L'enseignement officiel de l'art dentaire n'existe pas en Espagne, on ne demande donc pas au candidat l'origine de son savoir, mais simplement de subir les épreuves de l'examen.

Le candidat doit être inscrit un mois avant l'époque de l'examen Au jour fixé, chaque candidat tire au sort quel est le patient auquel il devra restaurer la bouche, le plus souvent la seule chose à faire est un appareil prothétique. Il doit s'exécuter dans le local de la Faculté, et sous la surveillance d'un des dentistes, membre du jury. Le travail terminé lui est remis, puis est présenté au jury qui donne son appréciation après avoir vu poser l'appareil dans la bouche. Comme dentisterie opératoire, on exécute une opération sur le cadavre, cette opération consiste en une extraction. Voilà la partie pratique de l'examen.

L'épreuve théorique consiste en cinq questions faites par les membres du jury, les trois médecins interrogent sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou la thérapeutique, dans ce qu'elles ont de plus élémentaire, puis les deux dentistes à leur tour. interrogent sur des sujets exclusivement professionnels. Les épreuves se limitent à cela.

La non intervention du gouvernement en matière d'enseignement, l'absence d'écoles professionnelles, a tenté un industriel de Madrid, qui, de sa propre autorité, a mis sur la facade de sa maison : Colegio Espanol de dentistos. Ce confrère (???) vendit longtemps des diplômes, à quiconque voulait se faire consacrer docteur par lui. Le gouvernement dut y mettre bon ordre, en avertissant dans la *Gazette officielle* que les diplômes de la fabrication de la maison Triveno de Madrid étaient nuls pour l'exercice légal de la profession.

Cette publication a à peu près coupé court à l'industrie de M. Triveno, il n'en fait pas moins par-ci par-là quelques dupes;
J'ai été avisé ces derniers temps qu'un de nos confrères lui avait versé trois cents francs d'acompte, sur promesse d'un diplôme. Que ne pouvant avoir ledit diplôme comme cela avait été stipulé, il demanda la restitution de son argent, il ne fut pas plus heureux.

Celui qui s'intitule directeur du Collegio Español de dentistos invoqua que l'argent avait été employé à gagner des membres du jury. Nous eûmes la preuve du contraire.

L'Odontologie a signalé à plusieurs reprises le commerce illicite des diplômes, le seul moyen de l'entraver est d'infliger à ceux qui l'exercent la publicité.

On ne peut autrement prémunir les honnêtes gens et empêcher de faire des dupes. Je crois devoir accomplir un devoir en vous signalant ce fait.

INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Nous empruntons à l'*Union Médicale* du 21 juin, quelques chiffres intéressants sur les bases d'évaluation des caisses de

secours en cas de maladie. Des médecins dévoués aux intérêts de leur corporation MM. Lagoguey, Billon, ont tenté de constituer parmi les médecins, une caisse de secours : « l'Association mutuelle en cas de maladie. »

Prenant pour base d'évaluation les résultats donnés par des sociétés ouvrières (celle de la corporation du gaz) les moyennes des sociétés de secours mutuels de toute la France, l'exemple tiré des comptes rendus de l'association médicale des médecins anglais, les fondateurs sont arrivés à cette conclusion que le total annuel des journées de maladie n'est pas de beaucoup supérieur à cinq, qu'on peut donc assurer aux sociétaires une indemnité journalière équivalente au chiffre de leur versement mensuel.

Les fondateurs de l'association ont fixé à 10 francs le montant de la cotisation mensuelle Quoi qu'on en ait dit, ce n'est pas là une somme trop élevée, et, bien peu des médecins de Paris, seraient réellement incapables de faire ce sacrifice. A notre humble avis, même, il est à la portée de tous, et ceux qui ne pourraient s'y résoudre n'auraient d'autre excuse qu'une imprévoyance inexcusable elle-même.

Une des parties les mieux étudiées du rapport de M. Billon, est celle où il compare les statuts de l'association avec ceux des compagnies d'assurances.

Une seule compagnie française assure contre les risques de maladie ou d'accidents, et elle distingue deux formes d'incapacité permanente.

L'incapacité totale, ou l'impossibilité absolue de se livrer à aucun travail ; l'incapacité professionnelle, qui résulte d'une infirmité partielle obligeant l'assuré à changer de profession. Dans ce dernier cas il n'est payé que la moitié de la rente assurée.

Moyennant une prime annuelle de 268 fr. 80, le médecin s'assurerait une rente de 7,200 francs pour les cas ou une maladie ou un accident le réduirait à l'impuissance de travailler, ou de 3,600 francs si une infirmité partielle l'obligeait à changer de profession.

S'il veut payer un supplément de prime annuelle s'élevant à 115 fr. 50 il recevra 12 francs par jour en cas d'incapacité temporaire.

Par ce calcul on trouve facilement que la prime annuelle pour une indemnité de 10 francs doit être de 96 fr. 25.

Si donc l'on ajoute ces 96 fr. 25 aux 268 fr. 80, nécessaires pour assurer une rente de 3,600 francs en cas d'incapacité professionnelle permanente, c'est 365 fr. 05 que devra payer le médecin pour s'assurer 10 francs par jour dans tous les cas d'incapacité. Il est facile de trouver les raisons pour lesquelles l'association mutuelle demande une prime trois fois moindre. Toute la gestion est gratuite, les administrateurs ne reçoivent aucun émolument ; il n'y a pas de courtiers, pas de locaux somptueux, pas de rémunération du capital, et cela suffit pour expliquer la différence.

Il est probable, il est certain que l'association fondée par M. Lagoguey, réalisera des bénéfices ; ils serviront d'abord à constituer une réserve et ensuite, s'ils deviennent suffisants, à allouer à la veuve ou aux ascendants ou descendants en ligne directe du sociétaire décédé, une Indemnité dont le taux sera fixé chaque année par l'assemblée générale ; enfin la cotisation elle-même pourra être diminué.

On se trompe assez souvent sur les résultats des sociétés de secours mutuels, et on croit que pour une cotisation minime elles peuvent assurer des secours et des retraites assez élevées. Il est évident qu'elles ne peuvent rendre à leurs sociétaires sous forme de secours que ce qu'elles ont reçu sous forme de cotisations. Si elles ne peuvent pas faire la multiplication des capitaux comme Jésus faisait la multiplication des pains, elles peuvent au moins rendre presque intégralement ce qu'elles ont reçu, sans que les sommes déposées soient grevées de frais d'administration considérables, de bénéfices énormes aux actionnaires et aux lecteurs des sociétés financières comme avec les compagnies d'assurance sur la vie.

Les compagnies d'assurance peuvent fonctionner à peu près sans capital puisqu'elles ne font qu'office d'intermédiaire donnant à un guichet partie de l'argent reçu à un autre. Il serait possible de les constituer avec un peu d'initiative et de bonne volonté.

L'exemple que donnent les médecins devrait profiter aux dentistes.

Nous avons déjà dans la caisse de prévoyance de l'Association générale des dentistes de France, un embryon d'organisation de ce genre. Le jour où nous voudrons, nous pourrons en élargir la base, en multiplier les services.

CONGRÈS DE WASHINGTON

Nous recevons du secrétaire général du Congrès de Washington la communication suivante :

Les membres de la profession qui désirent faire des démonstrations cliniques pendant la durée du Congrès sont priés d'en avertir dès maintenant le docteur Bödecker, 60 East 58 th. Street, à New-York.

SECTION DENTAIRE DU CONGRES DE WASHINGTON

Rapport du président professeur Taft au Comité exécutif.

Il a été nommé seize vice-présidents américains et dix étrangers. Six secrétaires dont deux américains et quatre étrangers. Les secrétaires nommés, sont : un pour la France; un pour la Suède, Norwège et Danemark; un pour l'Allemagne et un pour l'Angleterre. On leur a adjoint trente-cinq commissaires.

Jusqu'ici le comité a reçu l'annonee de plus de cinquante communications sur des sujets odontologiques. Le texte de trente d'entre elles étant dans les mains des secrétaires, les autres sont attendues.

On organise une série de cliniques et de travaux pratiques afin de montrer l'état actuel de l'art Dentaire. Des praticiens éminents de tous les pays seront invités à opérer.

Des préparations miscrocopiques ainsi que les moyens de les obtenir seront présentés aux membres du Congrès.

On a nommé un comité de réception pour accueillir les membres étrangers de la section, faciliter leurs rapports avec leurs confrères américains, assurer les moyens matériels pour la tenue du Congrès.

M. Dubois délégué de l'Association générale des Dentistes de France au Congrès de Washington, sera heureux de présenter au Congrès les communications de ses confrères français ainsi que tous les instruments et inventions dignes d'intérêt professionnel qui lui seront remis avant le 10 août.

SOUSCRIPTION POUR ENVOYER UN DÉLÉGUÉ

Association générale des Dentistes de France	500 Fr.
Un Anonyme	100
Dr Kuhn	100
R. Chauvin	50
Pigis	20
Touchard	20

M. le Dr Kuhn, membre du comité d'organisation de l'Exposition de 1887, est chargé par le ministre de l'Instruction publique d'étudier l'organisation des Ecoles dentaires aux Etats-Unis, ainsi que les instruments de chirurgie intéressant l'art dentaire présentés au Congrès médical de Washington.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES LIBRES DE PARIS

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Présidence du Dr David, président.

Le secrétaire général donne lecture de la correspondance.

M. le Dr Gérard remercie l'Ecole de sa nomination comme professeur honoraire et l'assure de son entier dévouement.

M. le Dr Decaudin, adresse à l'Ecole deux exemplaires de son livre sur l'anatomie dentaire.

Le Conseil de direction adresse au sympathique professeur des remerciements et pour cet envoi et pour la publication de cet ouvrage qui est la reproduction du cours qu'il a créé à l'Ecole dentaire et qu'il fait si bien depuis sept ans.

Le secrétaire général annonce la mort de M. Victor Desforges l'appariteur de l'Ecole dentaire. Il exprime au nom du Conseil, les regrets que lui cause la perte de cet excellent et dévoué serviteur.

Le Conseil adresse à M. Barbe les sentiments de condoléance de tous ses collègues pour la mort de madame Barbe.

Il est donné leeture du rapport mensuel constatant le mouvement de l'Ecole pendant le mois de mai.

Congrès de Washington. — Le Conseil, après discussion décide que la société prendra part au congrès des Washington. L'association sera représentée par un délégue. L'association contribuera à l indemnité de voyage par une souscription de 500 francs. Il est décidé que, afin de défrayer en partie le délégué qui sera nommé, du sacrifice qu'il fera pour représenter la société, une souscription sera ouverte parmi les dentistes afin d'assurer au délégué ses dépenses de voyage.

Le Conseil passe au vote. M. Dubois est nommé à l'unanimité délégué de l'association et de l'Ecole au congrès de Washington.

M. Dubois remercie le Conseil et assure qu'il fera tous ses efforts pour justifier la confiance de ses collègues et rendre son voyage fructueux pour tous.

M. Godon informe le Conseil de l'état des démarches relatives au nouveau local de l'Ecole.

M. le Dr David annonce au Conseil, que sollicité de mettre sa signature au bas d'une pétition demandant au gouvernement le vote d'une loi réclamant pour les dentistes l'obligation du doctorat en médecine, il avait refusé en disant que quoi qu'il ait soutenu antérieurement une opinion contraire, il était maintenant persuadé que le doctorat en médecine n'était pas nécessaire pour faire un bon dentiste, comme le prouvaient les praticiens formés par les écoles dentaires. (Applaudissements).

M. Wisner rend compte au nom du comité syndical des différentes affaires d'arbitrage qui lui ont été soumises sur la demande de M. Tusseau ; il est décidé qu'il sera fait des placements spéciaux pour le compte de la Caisse de prévoyance.

Le secrétaire des séances,

BIOUX.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

BLANCHIMENT DES DENTS

(Traduction, de M. Michel ZANKOFF)

Le blanchiment des dents décolorées se fait au moyen de chlore à l'état libre ou au moyen de l'acide sulfureux.

Le traitement suivant donne du chlore libre.

La préparation est composée de parties égales de chlorure de chaux sec et de l'acide tartrique qu'on mélange à l'état sec en ajoutant l'acide peu à peu. Cette mixture doit être conservée dans un flacon bouché à l'émeri.

Le chlorure de chaux réduit en une pâte avec du chloroforme, est aussi recommandé.

Quel que soit le choix de votre préparation, il faut d'abord boucher l'apex et ensuite introduire la préparation dans la cavité que vous boucherez par dessus avec de la gutta ou avec un ciment quelconque.

Ceci doit être fait plusieurs fois, après quoi vous nettoyerez la cavité très soigneusement, vous la remplirez avec un ciment oxychlorure de zinc de la nuance la plus blanche qui doit rester quelque temps; après quoi vous pouvez procéder à l'aurification.

D. E. C. Kirk a employé avec beaucoup de succès le sulfite de soude en combinaison avec de l'acide borique pour le blanchiment des dents décolorées. Voilà sa formule :

Sulfite de soude 100 grains = 6,50 gr.
Acide borique 70 — = 4,55 »

mêlez dans un mortier chauffé, réduisez en une poudre fine, mettez dans un flacon hermétiquement bouché et conservez-le dans un endroit très sec.

Voilà la manière de s'en servir : mettez la digue, nettoyez bien la cavité, obturez à moitié le canal, soit avec de l'or, soit avec de la gutta, remplissez le reste du canal et la cavité avec cette poudre, en ayant soin de laisser assez de place pour l'obturation temporaire à la gutta. Quand la poudre a été bien entassée, faites tomber dessus une goutte d'eau avec un compte-goutte ou avec une boulette de coton et mettez dessus de la gutta ou un ciment quelconque.

Il est nécessaire d'en faire au moins deux ou trois applications.

Le but de la goutte d'eau que vous versez sur la poudre est pour l'humecter et non pas pour l'enlever, car aussitôt que l'eau est introduite il se produit une réaction chimique, qui dégage l'acide sulfureux et c'est celui qui blanchit la dent.

D. Harlan a obtenu de très bons résultats du traitement suivant.

Après avoir traité la dent comme il a été indiqué plus haut, lavez la cavité plusieurs fois avec du peroxyde d'hydrogène, mettez-y quelques cristaux, du chlorure d'aluminium, mouillez-les avec du peroxyde et laissez-les de 3 a 5 minutes; après lavez la cavité très soigneusement avec de l'eau distillée, appliquez une solution de borax au 7me (30 grains pour l'once) jusqu'à ce que l'acide soit neutralisé; séchez bien la cavité avec de l'air chaud et

badigeonnez l'intérieur avec du vernis étheré au copal; quand la cavité sera sèche remplissez-la avec de l'oxy-chlorure de zinc de la couleur désirable, laissez durcir et faites une aurification dessus. Notez bien que tout ce procédé est fait en une seule séance et que l'oxyphosphate de zinc ne convient pas pour servir des parois dans la cavité ni comme base pour l'obturation à l'or.

Nous vous avons donc donné trois manières de blanchiment des dents ; vous pouvez en choisir une qui vous conviendra le mieux; mais le Dr Harlan dit qu'une seule méthode ne peut pas servir pour tous les cas qui se présentent.

La dernière méthode que nous vous avons donnée est employée quand le patient ne peut plus revenir.

Il y a encore une 4e méthode : remplissez la chambre pulpaire avec de l'alun calciné, mouillez-le avec la liqueur de Labarraque.

Cette méthode ainsi que la 3me peut être faite séance tenante ; il ne faut que quelques minutes pour que le blanchiment de la dent soit accompli.

(*Archives of Dentistry.*)

AUTRE MOYEN DE BLANCHIMENT DES DENTS

L'*Independant practitioner* nous fait connaître un autre moyen de blanchir les dents dévitalisées. Un de ses correspondants l'a découvert accidentellement. Après avoir enlevé une ancienne obturation à l'oxychlorme, il plaça dans la cavité des cristaux d'iode métallique et recouvrit d'une obturation provisoire à la gutta-percha. Le jour suivant, la dent était aussi noire que l'iode lui-même. Les cristaux furent enlevés et la dent traitée pendant quelques jours avec de l'alcool à 90 degrés. Graduellement, la dent redevient aussi blanche qu'avant la dévitalisation.

SOLUBILITÉ DE LA COCAINE DANS LA VASELINE LIQUIDE AVANTAGES DE CE VÉHICULE (1).

La cocaïne est soluble dans la proportion de 2 0/0, dans la vaseline liquide ou pétro-vaseline. Cette solution est d'une grande limpidité et se conserve infiniment.

Elle jouit d'une grande énergie anesthésique, augmente la zone analgésique, permet d'opérer avec des doses moindres d'alcaloïdes, rendant ainsi moins probables les accidents cérébraux.

Dans la clinique des yeux, elle rend des services importants. Une goutte (compte-gouttes, 3 millimètres) suffit pour amener l'anesthésie complète. La dilatation de la pupille se produit au bout

(1) Nous avons déjà dit que vaseline liquide, oléo-naphtine, pétro-vaseline, huile minérale lourde étaient la même préparation. Il suffit d'avoir une bonne marque. Il s'agit donc du produit dont M. Poinsot a conseillé l'emploi pour les injections sous gingivales de cocaine.

de trente-cinq à quarante minutes et disparaît dans les cinq ou six heures qui suivent l'administration du médicament. Deux gouttes de pétro-vaseline cocaïnée à 2 0/0 n'empêchent pas l'accommodation.

On a pu injecter impunément quatre seringues entières de Pravaz, soit quatre grammes de pétro-vaseline cocaïnée 2 0/0, dans des opérations chirurgicales.

Quelques expériences semblent indiquer que le moyen le plus efficace consiste, après une première injection, de faire une incision peu profonde, puis de verser des gouttes de vaseline dans la plaie, attendre une minute et continuer à verser des gouttes de vaseline cocaïne liquide, au fur et à mesure que le malade accuse de la douleur. On a réussi ainsi à faire des opérations assez longues, et d'une certaine étendue en profondeur, sans dépasser la dose de 10 centigrammes de moins.

Le petit nombre d'expériences faites jusqu'à ce jour me permet d'affirmer la supériorité de ce mode opératoire. En tous cas, les résultats obtenus ont été si satisfaisants, que j'ai cru devoir appeler l'attention des chirurgiens et des occulistes sur cette préparation, qui complète la série des médicaments contenant l'alcaloïde au lieu de ses sels et permettra d'abandonner l'usage des sels, qui, comme je l'ai déjà démontré, offrent des inconvénients en raison de leur difficile conservation, et des différentes teneurs en alcaloïde de ceux qui se trouvent dans le commerce.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

LIGATURES MÉTALLIQUES POUR TENIR LA DIGUE

Les Archives of dentistry nous font connaître que M. Keely préfère l'emploi des fils métalliques pour fixer la digue aux fils de soie il suffit de donner un ou deux tours avec la pince aux fils mis en place. Cela est plus vite fait qu'un nœud double.

L'EULYPTOL.

L'eulyptol est recommandé pour diminuer la sensibilité des dents au collet. C'est un composé d'acide salicylique six parties, acide phenique deux parties, eucalyptol une partie.

Cela forme une pâte que l'on applique au collet des dents après avoir séché la région.

PLATINE ÉMAILLÉ POUR OBTURATION DE CONTOUR

M. Laud brunit à l'intérieur des cavités une feuille de platine mince. Cela donne une impression parfaite ; le surplus enlevé, on soude à l'or fin des crampons qui traversent la plaque et for-

ment points d'attache de l'émail sur la plaque du morceau reconstitué dans la dent. Puis on bâtit et modèle le coin de dent à remplacer avec une pâte à porcelaine comme la forme et la nuance l'exigent. On fixe ensuite à l'aide du ciment. Ce procédé a l'avantage de se fixer plus facilement que les morceaux de dents minérales ; il demande des sacrifices de tissu sain moins étendu qu'avec ceux-ci.

GINGIVITE DOULOUREUSE (Baratoux)

Teinture d'iode	3	grammes
Acide phénique	1	—
Glycérine	5	—

Matin et soir, badigeonner le rebord tuméfié des gencives avec un pinceau trempé dans cette mixture.

Avec cette mixture, on obtient même une anesthésie suffisante pour inciser avec des ciseaux ou avec le galvano-cautère la muqueuse qui peut recouvrir la dernière grosse molaire.

(*Pratique Médicale*)

L'ACIDE BORIQUE DANS LES AFFECTIONS BUCCALES

Acide borique	4	parties
Chlorate de potasse	3	—
Résine de gaïac	2	—
Carbonate de chaux	6	—
Carbonate de magnésie	35	—

DE L'ANESTHÉSIE AU MOYEN DU PROTOXYDE D'AZOTE PUR ET D'UN MÉLANGE DE PROTOXYDE D'AZOTE ET D'OXYGÈNE.

M. Hillischer rapporte qu'il a pratiqué jusqu'à ce jour 4,340 anesthésies au protoxyde d'azote pour l'exécution d'opérations diverses sur les dents. Dans 2,911 cas, il s'est servi d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, suivant la méthode de P. Bert. On peut, avec ce mélange, prolonger l'anesthésie un temps assez long sans aucun inconvénient ; dans un cas, M. Hillischer a fait une opération dans la bouche qui a duré dix-sept minutes : la narcose était parfaite et on aurait pu la prolonger encore si cela eût été nécessaire. Après avoir donné la description des appareils qu'il a fait construire pour l'administration de ce mélange, l'orateur formule les conclusions suivantes :

1° Le protoxyde d'azote pur ne peut servir que pour des opérations de courte durée : la narcose dure de 30 à 60 secondes après la cessation des inhalations.

2° L'anesthésie au protoxyde d'azote pur est souvent précédée

d'une période d'excitation et est toujours accompagnée de cyanose et d'une respiration stertoreuse ;

3° Dans la narcose au protoxyde d'azote pur, il faut interrompre souvent les inhalations, afin de laisser pénétrer de l'air dans les poumons ;

4° L'anesthésie au protoxyde d'azote doit être bannie dans les cas de surcharge graisseuse du cœur, d'athérome, de pléthore, d'hémorrhagies et peut-être aussi pendant la grossesse ;

5° Avec le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène on peut déterminer des narcoses aussi profondes et aussi longues qu'on le désire ;

6° Le sommeil obtenu par ce mélange n'est accompagné ni de stertor, ni de cyanose, ni d'excitation ;

7° Les inhalations de ce mélange ne produisant aucune élévation de la pression sanguine, elles ne sont jamais contre-indiquées ;

8° La facilité avec laquelle ce mélange peut être administré et son innocuité le rendent précieux non seulement pour des narcoses de courte durée, mais aussi pour des opérations chirurgicales assez longues.

DE L'EMPLOI DE L'ATROPINE DANS LE PTYALISME, par Hebold (Allgem-Zeitschr, für, Psychiatrie, 1886, T. XLII, fasc. 6.

L'auteur à pratiqué avec succès des injections sous-cutanées d'atropine chez deux malades qui présentaient du ptyalisme nerveux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme atteint de manie alcoolique, chez lequel la quantité de salive fut à peu près d'un litre par vingt-quatre heures. Sous l'influence des injections sous-cutanées d'atropine, la salivation anormale cessa déja au bout de quelques jours et ne se reproduisit plus après la suspension du traitement. Les deux premiers jours on avait injecté o gr. 005, du troisième au neuvième jour la dose fut élevée à o gr. 0075 ; puis du dizième au quinzième, on revint à la dose première.

Chez le deuxième malade (épilepsie avec atrophie du nerf optique), l'atropine produisit les mêmes résultats favorables. La quantité d'atropine injectée avait été d'abord tous les jours de o gr. 00075 ; au bout de trois jours on injecta o gr. 0001, puis la dose de o gr. 00075 fut reprise pendant quelques jours.

(Bulletin général de thérapeutiqve.)

INVENTIONS et PERFECTIONNEMENTS

NOUVEAU TOUR DENTAIRE A MOUVEMENT ACCÉLÉRÉ ET CONTINU

Par M. A.-F. Bergstrom

Communication à la Société d'Odontologie.

Séance du 1er juin 1887.

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie de Paris un nouveau tour dentaire, dont les avantages sont évidents pour quiconque le voit fonctionner. Son originalité consiste en la suppression de la roue, et la transmission du mouvement par un petit volant d'une grande puissance, placé à la partie supérieure de l'appareil. Il a pour avantage sur les tours ordinaires, l'augmentation de la force, l'accélération du mouvement, l'absence de trépidation, la facilité de la manœuvre. Je crois que la suppression de la roue facilitera son déplacement autour du fauteuil d'opération. Le pied réduit à une tige droite est moins embarrassant pour les positions diverses à donner au tour. La pédale agit sur le mécanisme par l'intermédiaire d'un simple cordon de tirage.

Un frein arrête le tour par une simple pression sur un bouton. Cela n'empêche pas que le tour ne remarche aussitôt que la pédale est de nouveau actionnée. La rapidité de la marche peut atteindre 2,000 tours par minute. Enfin, la force acquise par le volant permet au tour de tourner pendant près de trois minutes sans que le pied appuie sur la pédale. Un câble flexible, une pièce à main articulée, complètent le tour. La pièce à main est d'un modèle qui m'est spécial ; avec elle, les fraises sont mobiles dans tous les sens et selon toutes les inclinaisons, même lorsque le coude dépasse 45°. On peut changer les fraises pendant la marche du tour toutes les pièces à main peuvent servir ; la transmission peut s'opérer à l'aide de tiges rigides, comme dans le tour Johnson, celui de Shaw. Le support et la transmission du mouvement sont seule de construction différente; tout le reste peut être semblable.

La force est beaucoup plus grande qu'avec le tour White. Combien de fois arrive-t-il que le tour dentaire ne peut donner la force suffisante et s'arrête dès le moment qu'on appuie un peu ? Cela n'est pas à craindre avec mon tour, et son usage permettra dans le cas où on a de la force à dépenser ; résection d'ivoire sain, séparation des dents, d'exécuter l'opération aisément et rapidement.

M. Poinsot, président de la société, a bien voulu expérimenter

un de mes tours; vous le savez assez occupé pour qu'il ait été chez lui soumis à des épreuves bien décisives. Il a bien voulu en parler dans une de sesleçons. Si vous le permettez, je reproduirait ce qu'il en disait aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris :



Fig. 1. — Tour à pédale.

« Pour ouvrir une chambre pulpaire, surtout lorsqu'il y a » calcification partielle de l'organe pour exciser l'ivoire sain ou

» peu altéré, pour former les cavités, pour faire des points de ré-
» tention, il est nécessaire d'avoir un tour ayant une certaine force
» et à mouvement rapide; si la rotation se fait très rapidement,
» la douleur de l'excision est notablement atténuée; j'ai expéri-
» menté depuis quelque temps un tour dû à l'ingéniosité de M.
» Bergstrôm qui a à cet égard des qualités supérieures, et par son
» aide j'ai pu plus aisément que par le passé exécuter les opéra-
» tions dont je vous parle. Il a un autre avantage : la nécessité de
» la coordonation des mouvements du pied et de la main nuit à
» la précision de celle-ci ; comme le tour de M. Bergstrôm tourne
» un certain temps après que le pied cesse d'actionner la pédale,
» l'opérateur peut concentrer toute son attention sur la marche de
» l'instrument dans la cavité, sans avoir à s'occuper de sa rotation.
» J'ai cherché par plusieurs moyens à assurer aux tours dentaires
» une force autre que celle de l'opérateur. Certes, le problème
» n'est pas résolu par le tour Bergstrôm, mais il a au moins l'avan-
» tage de faire qu'au moment décisif on peut laisser aller son tour
» tout seul. »

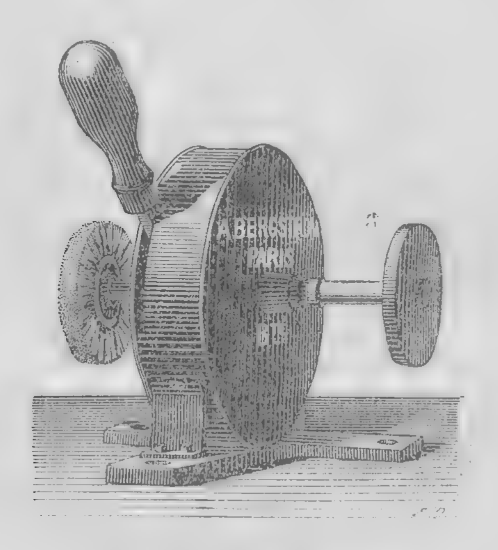


Fig. 2. — Tour à main.

J'ajouterai, messieurs, que son poids est faible; tout compris, il ne dépasse pas 5 kilogrammes; les pièces peuvent être démontées et remontées en quelques minutes. Placé dans une boîte, il est très portatif, et pour messieurs les dentistes qui voyagent il rendra les plus grands services. La simplicité de son mécanisme n'effraie pas le patient, son usure est nulle, et il pourra fonctionner très longtemps sans que des réparations soient nécessaires.

Au tour à pédale j'ai adjoint un tour à la main pouvant servir au cabinet ou au laboratoire. Au cabinet d'opérations surtout il sera des plus utiles lorsqu'on a à retoucher un appareil ou à affuter un outil, il suffit de faire faire quelques tours à la manivelle pour user une dent, même de beaucoup.

J'espère, messieurs, que sous cette nouvelle forme le tour dentaire sera plus pratique que vous le considérerez comme un progrès et que vous voudrez bien l'expérimenter, j'en déposerai un modèle à la clinique de l'école dentaire de Paris, et vous pourrez vérifier qu'il a bien les mérites que je lui attribue.

NOUVELLES AIGUILLES

Il est souvent difficile de faire passer entre les dents ou de fixer aux appareils de redressement des caoutchoucs; notre distingué confrère M. Museler, nous a fait parvenir des aiguilles nouveau modèle, dont la tête fendue longitudinalement s'ouvre quand on veut y introduire un fil, un caoutchouc. Par leur usage il sera facile de glisser entre les dents les plus serrées et dans les plus petites perforations des appareils de redressement. Ces aiguilles portent le nom d'aiguilles Perry, elles ont été imaginées pour servir aux personnes aveugles ou à vue faible.

Pour enfiler le caoutchouc, on pique l'aiguille dans un morceau de bois pas trop dur, ou dans une serviette repliée plusieurs fois, de manière qu'elle reste debout droite ; ensuite on ètend l'élastique et on le presse ainsi tiré mince sur le chas de l'aiguille, dans lequel il pénètre aisément,

NOUVELLE COLLE POUR RÉPARER LES MODÈLES EN PLATRE

On fait fondre de petits morceaux de celluloïde dans l'alcool jusqu'à dissolution puis on badigeonne les surfaces à recoller d'une très mince couche de dissolution On maintient en place avec les doigts pendant deux minutes environ. Ce moyen d'union est, dit le *Monatschrift,* parfait. Il est très solide et ne change pas la position des morceaux recollés.

L'ACCUMULATEUR FRANKLAND

Le professeur Edward Frankland a inventé une pile secondaire construite de façon à éviter la déformation des plaques et la perte des matières actives. Les plaques sont assez fortes pour résister au foisonnement et renferment une composition spéciale noyée dans leur masse et pour laquelle l'inventeur a pris un brevet en 1882. Cette matière est formée d'un mélange d'oxyde de plomb et d'acide sulfurique dilué qui se durcit en peu de temps. Le docteur

Frankland la prépare en mélangeant du mininm ou un autre oxyde de plomb avec de l'acide sulfurique dilué dans la proportion d'une partie d'acide concentré pour deux parties d'eau : on obtient ainsi une pâte qui est moulée en petit cylindres, que l'on aplatit ensuite. On laisse durcir ces disques, on les range dans un moule qui a les mêmes dimensions que la plaque, et le métal (plomb ou métal de plomb et d'antimoine) est fondu tout autour. Quand il est refroidi, la plaque peut être employée.

NOUVEAU LIQUIDE EXCITATEUR

Pour préparer les solutions des piles au bichromate, on fait habituellement dissoudre du bichromate de potasse dans de l'acide sulfurique étendu d'eau; mais il se forme de l'alun de chrome qui augmente la résistance de la pile, en sépare les éléments et diminue ainsi sa puissance.

Afin d'éviter cet inconvénient, M. W.-R. Kookogey, de New-York, a imaginé récemment et fait breveter une méthode qui permet de retirer la base du sel de chrome sous forme de cristaux, tout en laissant le chrome dans la solution. On verse de l'eau bouillante sur le bichromate de potasse ou de chaux, et l'on ajoute de l'acide sulfurique à ce mélange pendant qu'il est encore en ébullition. Les proportions exactes sont : 227 grammes de bichromate de potasse ou 255 grammes de bichromate de chaux; 1134 grammes d'eau bouillante, puis 1588 grammes d'acide sulfurique de densité 1,835.

La solution ainsi préparée étant refroidie, on la laisse reposer pendant vingt-quatre heures environ à une température de 20 à 22°,5 C. La base ou le sulfate de la base se dépose au fond du vase, et le liquide décanté au moyen d'un siphon est prêt à être employé.

(*La Lumière électrique*).

VARIA

LE DENTIER DE PAGANINI

Comme beaucoup de clients, le grand virtuose acceptait avec joie les services de notre art, mais les rémunérait avec moins de bonne grâce. Il avait cependant amassé beaucoup d'or dans les différents pays qu'il avait parcourus.

Voici, à titre de curiosité, le récit d'un démêlé qu'il eut avec son dentiste. C'est un de ses amis qui le raconte : D^r^ Th. D.

« Paganini avait perdu de bonne heure toutes ses dents. Il avait

beaucoup de peine à manger, ce qui le contrariait vivement, surtout quand on lui servait, à déjeuner, une côtelette ou un beefsteak. Ses amis l'engagèrent à s'adresser à M. D..., qui lui ferait un râtelier plus beau que nature. L'artiste suivit cet excellent conseil, mais il négligea de s'informer du prix. En revanche, il fut si content de son râtelier, qu'il en commanda un second. Plus tard, M. D... envoya sa facture, qui s'élevait, croyons-nous, à mille francs. Il lui avait demandé le prix d'artiste ; pour un duc, un agent de change, il eût pu mettre, haut la main, mille francs pour chaque râtelier. Et, hâtons-nous de le reconnaître, le travail était superbe.

Non, tant que nous vivrons, nous n'oublierons jamais la scène qui eut lieu en notre présence le jour que le commis de M. D... se présenta à Paganini, la facture à la main.

Paganini sortait du bain ; enveloppé dans un drap, il finissait de s'essuyer. Il prend la facture des mains du malencontreux commis, lit le chiffre, écarquille les yeux, chiffonne d'un mouvement nerveux le papier et le jette par terre. Puis il se livre à un concert de jurons, d'invectives, de cris de rage, de sons inarticulés. Le mot voleur brochait sur le tout ; c'était le thème initial de sa fantaisie avec des b... à la clef, et qui n'étaient ni des bémols ni des bécarres. Le pauvre commis, ahuri d'abord, bientôt blessé au vif par les apostrophes plus qu'outrageantes du violoniste, s'avise de protester. Paganini, déjà colère, devient furieux ; il lui saute à la gorge, qu'il serre entre ses doigts osseux. L'artiste est blême, le commis passe du rouge au violet. Dans la bagarre, le drap qui enveloppe le corps maigre et efflanqué de Paganini tombe par terre. On eût dit un squelette quittant son linceul. Nous accourons pour lui arracher des mains le malheureux commis, qui croit avoir affaire à un fou échappé de Bicêtre ; mais Paganini résiste, il crie toujours, il se grise de sa propre colère, si bien qu'à force de vociférer, de crier, de grimacer, il reste comme pétrifié. Un flot de sang s'échappe de la bouche béante, et qui ne peut plus se fermer. Le commis profite de ce moment de trêve pour se sauver à toutes jambes. Paganini veut parler, et ne le peut pas Il nous montre sa bouche ; nous croyons à une attaque d'apoplexie. On l'aurait cru à moins. Heureusement, il n'en était rien. Le râtelier s'était détraqué, le ressort cassé ; il venait de se retourner dans la bouche de Paganini ! Et, quelques efforts qu'il fît, il ne réussissait pas à s'en rendre maître.

« Qu'on se figure cette scène. Paganini, nu comme un ver, la bouche ensanglantée, traînant son drap à ses pieds comme un suaire, se démenant, agitant les bras comme ceux d'un télégraphe, et essayant de nous faire comprendre ce que nous ne pouvions certes pas deviner. Ce ne fut qu'après bien des efforts que nous réussissons enfin à lui enlever le terrible râtelier, devenu,

par sa faute, une espèce de poire d'angoisse, et à mettre au lit Paganini.

« Le lendemain, l'artiste fit assigner M. D... Inutile d'ajouter qu'il fut condamné à payer et les mille francs et les frais, ce qu'il fit de la meilleure grâce du monde et en priant M. D... d'accepter ses excuses. Nous croyons même qu'il fit un assez joli cadeau au commis, pour qu'il pardonnât ce qu'il appelait un moment de vivacité. »

LES VIEUX AUTEURS

Les Drs Thomas et David ont rétabli les titres des médecins et dentistes français en odontologie ; ils ont montré notre rôle d'initiateur en cette matière. La génération actuelle ignore généralement les maîtres du dix-huitième siècle.

Nous nous proposons de reproduire quelques fragments particulièrement intéressants de leurs ouvrages.

Nous extrayons aujourd'hui de Fauchart et de Bourdet ce qu'ils disent de l'aurification. On verra que Bourdet, praticien éminent, en cela comme en beaucoup d'autres choses, connaissait l'or adhésif. Il conseille de faire chauffer l'or avant de l'employer.

Bien hardi celui qui se targue d'être inventeur, et Arthur, à qui l'on reconnaît généralement le mérite de l'application de l'or adhésif, ne savait probablement pas avoir eu un devancier près d'un siècle avant lui.

Il y a des particuliers qui aiment mieux qu'on se serve d'or battu pour remplir la cavité cariée des dents que du plomb ou de l'étain battu, si l'étain fin et le plomb n'avaient pas dans cette occasion la même propriété que l'or ; c'est pourquoi je laisse le choix de l'une ou de l'autre de ces matières à ceux qui voudront les mettre en usage et en faire la dépense ; l'étain fin est à préférer au plomb, parce que le plomb noircit davantage et ne dure pas si longtemps ; tous deux sont préférables à l'or pour remplir les cavités des dents cariées, parce qu'ils se lient et s'accommodent mieux aux inégalités qui se trouvent dans les cavités cariées des dents, qui sont ainsi moins exposées à se gâter de plus en plus. D'ailleurs, l'or est cher, et tout le monde n'est pas d'humeur ou en état d'en faire la dépense ; néanmoins quelques-uns, entêtés de l'opinion que l'or a de grandes vertus, ont trouvé des gens qui les ont servis selon leur goût. A la verité, ils se sont fait bien payer ce qui ne leur avait guère coûté, puisque l'or prétendu qu'ils employaient n'était autre chose que des feuilles d'étain ou de plomb colorées en or par une teinture faite avec le safran, la tena merita, le rocou et la gomme gutte infusés dans de l'eau-de-vie ou dans de l'esprit-de-vin sur les cendres chaudes ; la tromperie n'ayant pu demeurer longtemps cachée, ils ont appliqué sur chaque côté des feuilles d'étain ou de plomb battu une feuille d'or et les ont fait payer comme de l'or pur.

On ne peut employer le plomb ou l'étain pour remplir les cavités cariées des dents, à moins qu'il ne soit auparavant battu en feuilles ; pour s'en servir dans le cas que nous allons prescrire on doit en avoir de trois sortes : le premier de l'épaisseur d'une feuille de papier, l'autre un peu moins épais, et enfin un troisième encore moins épais que ce dernier.

Pour introduire ce plomb, on le coupe par petites lames plus ou moins longues, plus ou moins larges, selon l'étendue de la cavité de la dent cariée. On évite autant que l'on peut que ces lames soient de plusieurs pièces, parce qu'elles tiennent mieux et durent davantage lorsqu'elles sont continues et de la même teneur.

Si les dents cariées sont sensibles, si elles sont faibles de corps et qu'il soit difficile d'y faire tenir le plomb, il faut les plomber avec le plomb le plus mince ou avec celui qui tient le milieu des trois. On se sert, au contraire, du plus épais, quand il n'y a point de douleur ou qu'il y en a peu, ou lorsque les dents sont fortes. Celui-ci dure plus que les autres quand il est bien introduit, et il n'est pas si sujet à sortir par l'approche des aliments solides. Cela est si vrai qu'on a vu des dents qui ont été vingt ou trente ans plombées sans s'être aucunement gâtées.

(Fauchart : *Le Chirurgien-Dentiste*, t. II, p. 68 et suiv. Paris, 1778.)

On enlève avec la rugine toutes les parties affectées ; après quoi, l'on remplit le trou, non avec de l'étain ou du plomb, mais avec des feuilles de l'or le plus fin qu'on fait battre exprès. CHAQUE FOIS QU'ON LES EMPLOIE, ON LES FAIT CHAUFFER SUR UNE PELLE. Les feuilles d'or dont se servent les doreurs sont beaucoup trop minces, il faut que les nôtres aient beaucoup plus d'épaisseur. L'or quand il est doux, bien battu, ET QU'ON A LE SOIN DE LE CHAUFFER tient aussi bien que l'étain, il a de plus l'avantage de ne pas noircir et de ne point altérer la couleur des dents.

Quand les dents situées à la partie antérieure de la bouche se gâtent sur les faces antérieures, comme cela arrive quelquefois, pour les garnir, il faut encore préférer l'or au plomb et à l'étain.

(*Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste.* — Baudet, Paris, 1757, t. II, p. 91.)

MISCELLANEA

TUDE SUR LES TUMEURS KYSTIQUES ET SOLIDES DES OS MAXILLAIRES

M. Christopher Heath a fait, la semaine passée, au Collège royal des Chirurgiens d'Angleterre, deux conférences sur ce sujet.

Dans celle de mercredi, il s'est occupé des affections kystiques et a décrit, tout d'abord, celles de l'antre d'Higmore.

Cette cavité, dont les dimensions sont très variables, communique par une ouverture unique avec le méat moyen, jamais avec les sinus frontaux, ainsi que le croyait Highmore ; lorsqu'il existe

deux ouvertures dans le méat moyen, la seconde est toujours le résultat d'un processus pathologique. La cavité est séparée des racines de la première molaire par une lamelle d'os très mince, quelquefois simplement par la muqueuse.

L'*empyème* de l'antre d'Highmore donne lieu à des symptômes assez variables ; le malade se plaint d'une douleur plus ou moins vive, avec irradiation vers la face et le front ; dans certains cas, la douleur est très vive, et l'on constate, en outre, des symptômes généraux tels que frisson et fièvre. Le pus s'écoule par la narine lorsque le malade incline la tête du côté sain ; l'odeur fétide incommode le malade plutôt que son entourage, fait assez important, car, dans l'ozène, c'est le contraire qu'on observe en général. Dans certains cas, le pus s'écoule dans le pharynx pendant le sommeil ; on voit survenir alors des troubles digestifs avec perte d'appétit et affaiblissement graduel. Lorsque le pus ne trouve pas une issue facile, il distend la cavité, dont les parois s'amincissent et finissent par céder ; l'abcès s'ouvre à côté des dents ou dans l'orbite, et, dans les deux cas, il y a danger de nécrose plus ou moins étendue.

Le traitement de l'empyème varie selon les cas ; il faut commencer par examiner soigneusement les dents, et, s'il s'en trouve une de cariée, on l'extrait et on plonge un trocart dans l'alvéole ; quand, au contraire, les dents sont saines, le mieux est de pratiquer une ouverture dans la paroi antérieure de l'antre ; on se sert pour cela d'un trocart dirigé en haut et en arrière. Une fois l'abcès évacué, il faut pratiquer des lavages fréquents de la cavité, et pour cela l'instrument le plus commode est la sonde de la trompe d'Eustache. La guérison est lente et exige, le plus souvent, quelques mois.

L'*hydropisie* de l'antre d'Highmore est probablement toujours le résultat de la croissance d'un kyste qui finit par remplir et par dilater cette cavité ; c'est la paroi antérieure qui cède la première, et la difformité du palais et de l'orbite n'apparaît que plus tard. Le traitement consiste simplement à évacuer le contenu de la cavité et à maintenir l'ouverture béante pendant un temps suffisant ; ici aussi, la guérison est lente.

Les *polypes* de l'antre d'Highmore sont assez rares, moins cependant qu'on ne le croit, car ils passent souvent inaperçus.

Le musée du Collège royal des Chirurgiens d'Angleterre contient trois spécimens de *kystes périostiques*, développés dans le voisinage des racines des dents et surtout des dents cariées ; lorsqu'ils atteignent de grandes dimensions, il faut exciser une portion de la paroi osseuse.

Les *kystes dentigères*, contenant un liquide limpide ou épais, quelquefois aussi des masses sébacées, simulent les tumeurs malignes d'une manière si parfaite que nombre de chirurgiens s'y

sont laissé prendre; il faut toujours avoir soin de pratiquer une ponction exploratrice lorsque le diagnostic paraît douteux.

Les kystes dentigères doivent être traités par l'extraction de la dent et l'excision d'une partie de la paroi.

Dans la conférence de vendredi, M. Heath a traité des tumeurs solides des maxillaires.

Les *fibromes* des maxillaires ressemblent beaucoup, comme structure, à ceux de l'utérus. Ceux du maxillaire supérieur ont souvent une tendance à augmenter de volume, surtout par leur portion inférieure, de sorte qu'ils simulent parfois, d'une manière remarquable, des tumeurs du maxillaire inférieur.

L'*enchondrome* est une tumeur relativement rare, qui peut atteindre d'énormes dimensions, mais dont le pronostic est bénin, au point de vue des récidives.

On a décrit quelques cas d'*hypertrophie simple* du maxillaire supérieur, et il est important de connaître l'existence de cette affection qu'on peut facilement prendre pour une tumeur maligne.

Les *sarcomes* de tous genres sont fréquents dans les deux maxillaires ; l'*epithélioma* est beaucoup plus rare.

Quant à l'*actinomycose* des maxillaires, elle n'a jamais été observée chez l'homme en Angleterre et le musée huntérien n'en possède aucun exemple.

(*Semaine médicale.*)

RÉSECTIONS NERVEUSES

M. Monod. — M. Jeannel (de Toulouse) nous a envoyé deux observations de résections nerveuses pour des névralgies.

La première est relative à un homme de cinquante-quatre ans, atteint de sclérose en plaques depuis six ans, qui avait une épouvantable névralgie siégeant d'abord sur le maxillaire inférieur gauche, puis sur le maxillaire inférieur droit. La névralgie avait son point de départ au niveau du trou mentonnier. Le nerf fut reséqué et arraché dans le canal dentaire, et le malade guérit ; la guérison se maintenait une année après l'opération. Le nerf était atteint de névrite interstitielle.

Le second cas est relatif à un homme qui avait également une névralgie atroce du maxillaire inférieur et celle-ci était née spontanément. Le nerf dentaire inférieur fut reséqué par le même procédé. Le calme qui résulta de l'opération fut de courte durée, puisque vingt-quatre heures après l'opération, la douleur recommença. A l'examen microscropique, le nerf parut sain.

Ainsi, voici deux cas de névralgie : pour l'un, l'opération est inefficace ; pour l'autre, elle est utile, et précisément elle est utile dans le cas qui semblait le moins favorable, celui dans lequel on

pouvait craindre une névralgie d'origine centrale, puisque la maladie pouvait fort bien se rattacher à la sclérose en plaques dont le malade était atteint.

(*Société de chirurgie*).

STRUCTURE DU GUBERNACULUM DENTIS

M. Malassez. — Lorsqu'on étudie le maxillaire d'un enfant de trois ans environ, on s'aperçoit que les dents qui sont destinées à remplacer les dents de lait sont enfouies dans une loge osseuse terminée par un canal qui vient s'ouvrir sur le bord alvéolaire. Ce canal renferme un cordon fibreux émané de la dent qui vient se perdre dans le tissu gingival. Ce cordon est formé par la réunion de fibres longitudinales au milieu desquelles on constate des travées de tissu épithélial d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage du follicule dentaire. Cette disposition nous permet de comprendre comment les dents définitives se trouvent entourées à leur sortie de l'alvéole d'une masse de tissu fibreux et épithélial; elle nous explique encore la formation des kystes dentifères; j'ai établi, en effet, dans mes précédentes communications, que ces kystes étaient le résultat de la dégénérescence kystique du tissu épithélial paradentaire; il suffit qu'une de ces formations kystiques se trouve placée au-dessus de la dent pour que celle-ci y pénètre et s'y trouve incluse.

(*Société de biologie*).

Nous extrayons d'un travail sur l'éruption vicieuse des dents de sagesse, publié par M. A. Castex, dans la *Gaz. hebdom. de Méd. et de Chirurg.* (N° 25. p. 409), quelques remarques sur la prédominance des accidents au côté gauche et sur leurs causes :

On trouve dans l'évolution des dents de sagesse chez notre malade un exemple des règles qui ont pu être formulées : pour la mâchoire inférieure c'est à gauche que les accidents ont présenté de la gravité. C'est ainsi qu'il arrive le plus souvent. M. Reclus, ayant étudié à ce point de vue plusieurs maxillaires inférieurs à l'Ecole pratique, a constaté que souvent la moitié gauche de la parabole était un peu moins longue que la droite, conformément à la loi qui fait prédominer à droite le développement de nos organes. La dent de sagesse trouverait ainsi moins de place à gauche, ce qui explique la prédominance des accidents pour ce côté. J'ai mesuré comparativement sur notre malade les deux moitiés du maxillaire inférieur et constaté une différence de 7 millimètres en longueur à l'avantage du côté droit.

L'observation suivante a aussi quelque intérêt :

Entre autres accidents muqueux, j'ai pu observer dernièrement

à l'Hôtel-Dieu, chez une jeune femme qui souffrait d'une dent de sagesse inférieure, un cas de stomatite membraneuse : un adénophlegmon sous-maxillaire s'était développé et, sous la langue, la muqueuse du plancher buccal constituait un bourrelet saillant allongé d'arrière en avant. La crète de ce bourrelet était couverte d'une couche blanche d'un millimètre d'épaisseur, qui me parut d'abord sphacélique et que j'expliquais par la pression des dents inférieures. Mais ayant cherché à détacher cet enduit diphthéroïde, je l'entraînai sans difficulté et tout d'une pièce. A l'état d'isolement, il affectait la forme d'une tuile creuse. Au dessous, la muqueuse n'était pas ulcérée. Le lendemain cette couche s'était reproduite, mais elle disparut peu à peu en même temps que les autres phénomènes inflammatoires. L'analyse microscopique montra qu'il s'agissait de réseaux fibrineux enserrant des leucocytes.

NOUVELLES

Dentistes civils pour l'armée

Nous apprenons avec plaisir que le gouvernement militaire de la place de Paris vient d'autoriser notre distingué confrère, M. Maurion de Larroche, de créer une clinique dentaire gratuite pour les militaires.

Nous sommes heureux de cette mesure qui met en pratique le moyen que nous avons préconisé. Il est le plus pratique pour assurer à nos soldats le bénéfice de soins compétents.

Nous espérons que la décision dont a été honoré M. Maurion de Larroche ne sera pas la seuledece genre. Que nos diplômés, forts de l'exemple donné par le gouvernement militaire de Paris fassent des demandes pour créer un service analogue. Les chefs de corps ne pourront pas se refuser de l'imiter.

L'humanité, la science et la profession y gagneront.

Tentative de meurtre par un aliéné sur M. Deny

Nous apprenons que le sympathique professeur a été victime de l'agression relatée ci-dessous.

Nous empruntons les détails du fait au *Progrès médical*. Tous ceux qui connaissent M. Deny seront heureux d'apprendre que cette aventure a été sans conséquences fâcheuses.

« On se souvient, qu'au mois de novembre 1885, un individu, corse d'origine, âgé de cinquante-huit ans, Mariot, avait tiré sur

la voiture de M. de Freycinet dans le but d'attirer l'attention sur sa personne.

Il demandait une réparation du soi-disant assassinat de sa fille, morte à Panama, réparation d'argent qui le mettrait à l'abri de la misère. On reconnut qu'il ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales, qu'il avait présenté autrefois des idées de grandeur et de persécutions qui l'avaient poussé à commettre son dernier acte. Comme tous les malades de ce genre, il avait accumulé des écrits autobiographiques volumineux. Depuis son entrée à Bicêtre, il s'était toujours montré calme, soumis, quoi qu'il n'ait jamais voulu travaille. Il protestait, sans violences ni de langage ni d'action, contre son internement, réclamant d'être jugé par les tribunaux ; en présence de sa manière d'être, M. Deny, dans le service duquel il se trouve, crut pouvoir lui délivrer, l'année dernière, un certificat de sortie. La préfecture, sur l'avis du médecin-délégué, la refusa. Trois autres certificats eurent le même résultat.

M... accusa alors M. Deny de le jouer et de le retenir au lieu de le faire sortir comme il le lui promettait. Mais, néanmoins, il ne le menaça jamais. Vendredi dernier 17 juin, vers le milieu de la visite, les malades se trouvant rangés contre le mur, M... s'avança tout à coup sur M. Deny et chercha à le frapper dans le bas-ventre avec un instrument qu'il tenait à la main. M. Deny put éviter le coup en sautant en arrière, et M... fut aussitôt saisi. Il se laissa emmener sans résistance.

L'arme dont il s'était servi est un couteau de table qu'il avait eu soin d'aiguiser à la pointe. Il en avait enveloppé le manche de chiffons et avait enroulé une feuille de papier autour de la lame, la pointe seule dépassant légèrement. Puis il l'avait glissé dans sa manche et avait pu ainsi le dissimuler jusqu'au moment où il fit sa tentative, qui a fort heureusement échoué. Interrogé depuis, il a dit qu'il n'avait pas l'intention de recommencer, même s'il avait une bonne occasion.

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa dix-septième session en Algérie, à Oran, en 1888, pendant les vacances de Pâques.

FEMMES DENTISTES EN ANGLETERRE

Le comité de l'Hôpital National Dentaire a résolu d'admettre les étudiantes femmes pour pratiquer à l'hôpital. Nous trouvons, en outre, vingt-deux femmes inscrites sur le Dental register, qui est publié par le *Conseil médical*. Seize pratiquent en Angleterre, deux en Ecosse et quatre dans les colonies. Toutes ont obtenu le diplôme conféré par l'Acte des dentistes.

Le collège des chirurgiens d'Edimbourg a également décidé que les femmes seraient admises aux examens de licence pour la chirurgie dentaire. Mais nous croyons qu'aucune ne s'est encore présentée. La question suivante se pose tout d'abord : les femmes sont-elles capables d'être dentistes ?

On a beaucoup parlé et discuté récemment sur les conséquences que la position debout, longtemps prolongée, peut avoir pour les femmes, et. dans la profession de dentiste, ces inconvénients doivent être pires, puisqu'il faut que le corps soit en outre incliné pour pratiquer le plombage des dents, opération qui représente la principale occupation du dentiste.

On a également dit que le maintien du corps, combiné à la précision des mouvements, exigeait un effort pénible qui amenait des névralgies du nerf crural et des nerfs cutanés externes de la jambe, connues sous le nom de « jambe du dentiste ». Nous pensons aussi que les femmes doivent souvent manquer les extractions, qui exigent une force assez considérable et qui n'est guère dévolue qu'à l'homme. Enfin, les femmes laissent beaucoup à désirer sous le rapport des connaissances mécaniques ; c'est peut-être le résultat de leur éducation. Mais ce fait n'en existe pas moins, et, dans quelle partie de l'art dentaire la mécanique ne joue-t-elle pas le plus grand rôle?

(*Gaz. de Gynéc.*)

UN AVANTAGE IMPRÉVU DE LA CRÉMATION

Une dame était en villégiature chez une de ses amies. Peu au courant des habitudes de la maison, elle cherchait de la poudre dentifrice. N'en voyant pas sur la table de toilette, elle regarda aux alentours.

Près de là, un vase élégant renfermait une poudre blanche. La visiteuse y goûta, et, ne doutant pas que c'était ce qu'elle cherchait, s'en servit pour se nettoyer les dents. Le lendemain, elle félicita son amie de l'excellence de sa poudre dentifrice et lui demanda où on pouvait s'en procurer de semblable. Etonnement de l'hôtesse, qui n'usait pas de poudre dentifrice et ne s'en connaissait pas chez elle.

La dame précisa l'endroit de sa découverte, la forme du vase qui la contenait. « *Malheureuse, vous vous êtes brossé les dents avec des cendres ! Tout ce qui me reste de mon mari.* »

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE

L'Ecole Dentaire est entrée actuellement dans la période si active des examens de fin d'année.

Le règlement des examens a été publié et envoyé à tout les élèves.

Les épreuves pratiques touchent à leur fin, les épreuves théoriques auront lieu aux dates suivantes :

Première année. — Epreuves théoriques.

L'examen théorique se compose de 4 épreuves.

Il aura lieu en deux séances.

Dans la première séance, le lundi 4 juillet, à 8 heures du soir, les étudiants seront interrogés :

1° Sur la physique et mécanique par le docteur Aubeau;

2° Sur la chimie par le docteur Marié;

Dans la deuxième séance, le mardi 5 juillet :

1° Sur l'histoire naturelle par le docteur Gérard;

2° Sur l'anatomie et la physiologie (notion élémentaires par le docteur Deny).

2e année. — Épreuves théoriques.

L'examen théorique se compose de quatre épreuves.

Il a lieu en deux séances :

Dans la première séance, qui aura lieu le mercredi 6 juillet, à huit heures du soir, l'examen portera :

1° Sur l'anatomie générale, par le docteur Deny;

2° Sur la thérapeutique et la matière médicale, par M. le docteur Aubeau.

Dans la deuxième séance, qui aura lieu le jeudi 7 juillet, à huit heures du soir, l'examen portera :

Sur la pathologie générale, par le docteur Thomas.

L'examen sur la chimie et la physique appliquées, par le docteur Faucher, primitivement fixé, dans le règlement publié au jeudi 7 juillet, aura lieu le mardi 5 juillet à 8 heures du soir.

3e année. — Épreuves théoriques.

Les épreuves théoriques se composent de neuf épreuves qui portent sur les connaissances enseignées dans les cours de 3e année.

Elles ont lieu en trois séances.

1re séance, lundi 18 juillet, 8 h. du soir : Sur l'anatomie dentaire par le Dr Decaudin, et sur la thérapeutique spéciale, par M. Poinsot.

2e séance, le mardi 19 juillet, à 8 h. du soir : Sur l'anatomie de la bouche et ses applications chirurgicales, par le Dr Prengrueber; sur les maladies de la bouche par le Dr Thomas et sur l'anesthésie, par le Dr Aubeau.

3e séance, le mercredi 20 juillet, à 8 h. du soir : Sur la pathologie dentaire, par le Dr David; sur la Prothèse dentaire, par M. Pillette et sur la micrographie, par le Dr Gérard.

L'examen de dissection théorique et pratique a eu lieu cette

année le 21 avril, devant M. le Dr Decaudin. Les élèves de province qui n'ont pu y prendre part au mois d'avril pourront, à leur choix le subir à la session de juillet où être interrogés sur l'anatomie générale.

3e Dissertation écrite

Les différentes épreuves orales, théoriques et pratiques terminées, les candidats doivent, pour obtenir le diplôme, subir une épreuve écrite qui aura lieu le 21 juillet à 8 heures de soir.

Cette épreuve se compose d'une question tirée au sort parmi 9 questions présentées par les professeurs de la 3e année.

Chaque candidat doit, sans s'aider de livres ou de notes, pendant deux heures au plus, développer à l'Ecole, sous la surveillance d'un membre du conseil de Direction, la question qui lui est échue.

L'épreuve terminée doit être remise, signée et cachetée, au délégué du conseil de Direction. Le lendemain, 22 juillet, à 8 heures du soir, les candidats viendront lire leur dissertation devant les professeurs et répondre aux questions qui leur seront posées. Les points obtenus à l'épreuve écrite comptent pour l'obtention du diplôme.

Tout étudiant qui serait surpris s'aidant de livres ou de notes ou aidant un autre élève, serait ajourné ou exclu de l'examen.

Questions pour la dissertation écrite

1° De la première grosse molaire permanente. — Dr Decaudin.
2° Mécanisme de la déglutition — Dr Prengrueber.
3° Stomatite aphteuse. — Dr Thomas.
4° Traitement de la dentine sensible. — M. Poinsot.
5° De l'anesthésie locale. — Dr A. Aubeau.
6° Pulpite aiguë et chronique, étiologie, diagnostic, pronostic, traitement. — Dr Lewett.

7° Quels sont les cas qui, par leur nature, exigent plus spécialement l'application de tel ou tel système prothétique — métal, hippopotame, caoutchouc· Description de ces cas et avantages relatifs afférents à chacun de ces systèmes Pillette.

8° Technique des dents. — Enumération des procédés de technique histologique employés pour l'étude de chacun des tissus constituants de la dent dont on donnera simultanément une histoire succincte. — Dr Marié.

9° De la périostite chronique. — G. Blocman.

Concours pour deux postes de chefs de clinique

Un concours pour deux postes de chefs de clinique à l'Ecole dentaire aura lieu au commencement d'octobre.

La date exacte du concours et la composition du jury seront fixées ultérieurement et annoncées dans le journal.

Ce concours sera régi par le règlement adopté l'année dernière au précédent concours.

Nous rappelons à Messieurs les membres de l'Association générale des dentistes de France, qu'en vertu de l'article 8 des statuts, la cotisation annuelle est payable par semestre et d'avance.

Les membres en retard sont priés d'adresser, le plus tôt possible, le montant de leurs cotisations à M. Papot, sous-trésorier, 23, rue Richer à Paris.

M. M. les Sociétaires sont informés, qu'à l'avenir, la Société Générale sera chargée des encaissements pour Paris et toutes les villes où elle a des succursales. Les quittances seront présentées, pour le 1er semestre dans les 1ers jours de Février et pour le 2e semestre dans les 1ers jours du mois de d'Août.

L'Œuvre scientifique de Paul Bert, par le Dr Bérillon. — Paris, Picard Bernheim, éditeur, 11, rue Soufflot, 1 vol. 115 pages, gravures dans le texte.

La ville d'Auxerre veut élever prochainement sur une de ses places un monument à la mémoire de Paul Bert : elle fait appel à tous les patriotes et à tous les amis de la science, afin de contribuer au succès de la souscription. Un des jeunes compatriotes de l'illustre physiologiste, notre confrère M. Berillon, vient d'écrire un très intéressant petit volume sur la vie scientifique de l'ancien résident de la République Française au Tonkin. Ce petit livre est vendu au profit du monument d'Auxerre ; il rappelle les différentes phases de l'existence si agitée et si remplie de Paul Bert, mais il s'attache surtout à démontrer l'importance des travaux du savant. L'exposition des découvertes scientifiques est présentée de façon à intéresser les moins érudits. Nous souhaitons le plus grand succès à cet ouvrage : il témoigne d'une vive reconnaissance et d'une profonde admiration de la part de l'auteur.

(*Le Progrès Médical*, 30 avril 1887).

Un dentiste de province, âgé de 39 ans, désirant se perfectionner dans la profession, demande un emploi, soit à Paris, soit dans une ville de province. Il ne serait pas exigeant comme appointements.

S'adresser au bureau du journal sous les initiales C. B.

BELLE OCCASION

A céder, pour cause de départ, un cabinet faisant 14,000 francs affaires, un dentiste dans la ville. Prix : 6,000 francs, moitié comptant.

S'adresser à M. Paul Dubois, au bureau du journal, sous les initiales V. X. Y.

G.-H. CORNELSEN

16, — RUE SAINT-MARC, — 16

PARIS

FOURNITURES POUR DENTISTES

Dents Minérales de :

H.-D. JUSTI; — S.-S. WHITE, de Philadelphie.
C. ASH et Fils; LEMALE et Cº, de Londres.

INSTRUMENTS AMÉRICAINS DE :

John BIDDLE. — S.-S. WHITE. — H.-D. JUSTI

Or en feuilles, en éponge et en cylindres de :

WHITE. — WILLIAMS
ABBEY. — PACK. — WATTS

FAUTEUILS, TABLETTES, etc., de White

PROTOXYDE D'AZOTE LIQUIDE

et Appareils pour l'Anesthésie

Limes et Outils anglais

PIÈCES CLOISONNÉES DE STÉPHANE

en or et en alliage dentaire

PULPINE ROSENTHAL

OR de WOLRAB en feuilles et en cylindres, spécialement recommandé pour le système d'aurification de HERBST.

L'or en feuilles se fait dans les numéros 4, 5 et 6

Prix du cahier de 4 grammes, **20** *fr.*

L'Or en cylindres se fait en six grandeurs, numéros 0 à 5, et se livre en bo t d'une seule grandeur et en boîtes de tous les numéros assortis

Nos 0 1 2 3 4 5

Prix de la boîte de 4 grammes, **20** *fr*

VOL. 7. Paris, Juillet 1887. N° 7

L'ODONTOLOGIE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

COURS DE THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE

LES AMALGAMES (Suite) (1)

Par M. P. DUBOIS, Professeur suppléant

Voici, d'après Flagg (2), John Wessler (3), Bennett (4), la composition des principaux amalgames :

ARRINGTON'S « NEW AMALGAM »
(Nouvel amalgame d'Arrington)

Argent	41.00
Etain	59.00
	100.00

(Analyse de M. G. Paykull.)

AMALGAME DE TOWNSEND
(Towsends amalgam.)

Argent	42.00
Etain	58.09
	100.00

Analyse de MM. Eckfeldt et Du Bois dans « Plastics and Pl. Fill. » de Flagg.

AMALGAME D'OR DE SKOGSBORG
(Guld amalgam)

Argent	55 02
Etain	40.58
Or	4.18
	99.78

Analyse de M. le Dr Schertel, dans la Revue mensuelle d'odontologie, 1884, page 443.

AMALGAME DE PLATINE DE KOCH
(Koch's « Platine amalgame »).

Argent	40.00
Etain	60.00
	100.00

Communiquée par M. C., dentiste O. Koch.

AMALGAME PERFECTIONNÉ DE TOWNSEND
(Townsed's Improved amalgam)

Argent	43.00
Etain	57.00
	100.00

Analyse de MM. Eckfeldt et Du Bois, dans « Plastics and Pl. Full » de Flagg.

AMALGAME D'OR DE HERBST
(Herbnts « Gold amalgam »)

Argent	53.85
Etain	38.46
Or	7.69
	100.00

Formule 7 : 5 : 1.
Communiqué par M. Forberg, dentiste.

(1) Voir l'*Odontologie*, mars 1887, p. 105.
(2) Flagg, Plastics and Plastics fillings, p. 24 à 141.
(3) J. Wessler Monatschrift für Zanhheilkunde. février 1887, p. 90 à 102.
(4) Bennet. Plastic materials for filling teeth in Amer Syst. of Dentistry. Vol. II. p. 227.

AMALGAME D'OR DE HERBST
AUTRE ANALYSE

Argent 53,07 0|0; Etain 38,08 0|0
Cuivre 0,40 0|0; Fer 0,87 0|0

« CONTOURING » DE FLAGGS
(Flagg's Contouring)

Argent	57.00
Etain	38.00
Or	5.00
	100.00

Voyez « Plastics and Pl. Filling « de Flagg.

AMALGAME DE CHASE
(Chase's amalgam)

Argent	40.00
Etain	40.00
Or	20.00
	100.00

Voir « Vierteljahrsschr. f. Zahnh, 1878, page 334.

AMALGAME D'ESSIG, 1re FORMULE
(Essig's amalgam)

Argent	40.00
Etain	50.00
Or	10.00
	100.00

Voir « Vierteljahrsschrift f. Zahnh, 1880, page 266.

AMALGAME D'ESSIG, 2e FORMULE
(Essig's amalgam).

Argent	37.74
Etain	56.60
Or	2.83
Platine	2.23
	100.00

Formule 40 : 60 : 3 : 3.
Voir Vierteljahrsschrift (etc.) 1880, page 267.

AMALGAME DE CHASE
(Chase's amalgam)

Argent	33.33
Etain	33.33
Or	33.33
	99.99

Voir Vierteljahrsschrift f.(etc.) 1878, p. 335.

AMALGAME D'OR DE FLETCHER
(Fletcher's « gold amalgam »).

Analyse de M. le Dr A. Schertel, dans Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1884, p. 443.

AMALGAME D'OR DE DAVIS
(Davis « gold amalgam »)

Argent	42.41
Etain	51.42
Or	3.20
Cuivre	3.21
	99.84

Analyse du Dr Schertel, 1884, p. 443, Monatsschrift.

AMALGAME DE CHASE
(Chase's amalgam)

Argent	39.00
Etain	36.00
Or	25.00
	100.00

(1) *Voir Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1878, page 334.*

AMALGAME DE SAUER
(Sauer's amalgam)

Argent	41.67
Etain	50.00
Or	8.33
	100.00

Formule 5 : 6 : 1.
Voir « Vierteljahrchrift für Zanheilkunde, 1875, page 458.

AMALGAME DE ZSIGMONDY
(Zsigsmondy's amalgam)

Argent	50.00
Etain	33.33
Or	16.67
	100.00

Formule 3 : 2 : 1.
Voir la revue Viertel. 1880, page 276.

AMALGAME D'OR DE KOCH

Koch's « Gold. amalgam. »

Argent	35.00
Etain	60 00
Or	5.00
	100.00

Communiquée par M. C., dentiste, O. Koch.

AMALGAME D'OEHLECKER

(Oehlecker's amalgam)

Argent	42.00
Etain	51.00
Or	4.59
Platine	1.54
	99.83

Analyse de M. le Dr A. Schertel dans Monatsschrift f. Zahnh, 1884, page 443.

AMALGAME DE JOHNSON ET LUND

(Johnson und Lund's amalgam)

Argent	38.50
Etain	59.40
Or	0.60
Platine	0.40
Cadmium	1 06
	99.96

Analyse de MM. Eckfeldt et Du Bois, dans « Plastics and Pl. Fill de Flagg. »

AMALGAME DE LAWRENCE

(Lawrence's amalgam)

Argent	47.50
Etain	47.50
Cuivre	5.00
	100.00

Analyse de MM. Eckfeldt et Du Bois dans « Plastics and Pl. Fill » de Flagg.

AMALGAME DE LAWRENCE

(AUTRE ANALYSE)

Argent	47.00
Etain	47.00
Cuivre	5.00
Or	1.00

Bennett in American Syst. of. Dentisry.

SUBMARINE DE FLAGG

(Flagg's submarine)

Argent	60.00
Etain	35.00
Cuivre	5.00
	100.00

Voir « Plastics and Pl. Filling » de Flagg.

SUBMARINE DE FLAGG

(AUTRE ANALYSE)

Argent	50.00
Etain	43.00
Cuivre	7.00

Bennett in american Syst. of. Dentistry

AMALGAME DE LORENZ

(Lorenz' « gold amalgam »)

Argent	49.79
Etain	48.87
Or	0.37
Cuivre	0.20

Analyse de M. le Dr Schertel, dans « Monatsschrift für Zahnheilkunde », 1884, p. 443.

FLAGG'S « FACING »

Argent	57.00
Etain	35.00
Or	5.00
Zinc	3.00
	100.00

Mais suivant une communication orale de Flagg à M. G. Forssmann, médecin dentiste, dans « Plastics and Plastic Filling » on a 30 0/0 argent et 50 0/0 d'étain.

AMALGAME DE FLAGG (FACIN)

(AUTRE ANALYSE)

Argent	50.00
Etain	42.00
Or	5.00
Zinc	3.00

Bennett in American Syst. of. Dentistry.

AMALGAME DE PEIRCE

Argent	48.00
Etain	40.00
Or	4.00
Zinc	4.00

Bennett in American Syst. of: Dentistry.

AMALGAME DE FLETCHER

Argent	40.00
Etain	56.00
Or	4.00

Bennett in American Syst. of. Dentistry.

AMALGAME DE MAGITOT

Argent	38.00
Etain	60.00
Or	2.00

Magitot. Dent. in Dictionn. Encycl.

En consultant le tableau ci-dessus, en rapprochant, en scrutant les nombreux chiffres qu'il contient; on en déduit plus d'un nseignement pratique. L'expérience nous permet ensuite, de errer de plus près le problème, mais sa solution est quelque peu préparée par l'étude de ses données.

L'analogie d'un grand nombre de formules frappe d'abord. On a multiplié les titres dans un but commercial, mais les fabricants se sont copiés les uns les autres. Qu'on passe en revue chacun des constituants : argent, étain, or, platine, zinc ; on fera des rapprochements instructfis.

L'argent, cette matière essentielle des amalgames entre dans la formule Arrington pour 41 pour 100, dans l'ancienne formule de Townsend pour 42, dans la nouvelle pour 43, celle de Davis pour 42, 41, celle de Chase 1re formule 40, celle d'Essig 1re formule 40; celle de Saüer 41, 67; celle de Magitot 38, etc., etc. C'est là un premier groupe. On peut lui en opposer un autre où l'argent a une plus grande part, Lawrence 47 50. Zsigmondy 50. Herbst, 53, Telschow 55, 02, Flagg — Contouring — 57. Flagg. Submarine — 60. Ces dernières émanent de dentistes, elles sont relativement récentes. La proportion 60 n'a jamais été dépassée, elle descend rarement au-dessous de 40. Les expériences de Morsman nous en donnent la raison.

L'étain est aussi un élément important en la matière. Comme pour l'argent on peut faire des comparaisons intéressantes. Les anciennes formules contenaient plus d'étain que d'argent ; dans les récentes, la proportion est renversée. Walker en faisait entrer 69, — c'est une exception, — Koch 60, Arrington 59, Townsend 1re formule 58, 2me 57, Essig 56, Davis 51, Fletcher et Lawrence n'en mettent que 47, Telschow 40, Herbst 38, Flagg Contouring — 38, — Submarine — 35, Zsigmondy et Chase 33.

Il en est de même pour l'or, tout d'abord on en a mis d'assez grandes quantités, la formule de Chase en renferme 33; mais les difficultés de manipulation des composés à forte proportion d'or,

leurs mauvais résultats ont fait abaisser la proportion : Skogsborg 8, Herbst 7, Flagg 5, Telschow 4, Fletcher 3,82, Davis 3,30 ; on constate que les amalgames intitulés pompeusement « amalgames d'or » n'en contiennent pas une plus grande quantité pour cela. Exploiter l'ignorance des dentistes à cet égard a donc été le seul motif de leur dénomination.

Les qualités de stabilité du cuivre l'ont fait entrer dans la composition de quelques amalgames, Flagg et Lawrence 5, Davis 3,21, Fletcher 1,66.

Le platine y trouve aussi place, Essig 2,33, Fletcher 0,85. Quand on réfléchit que ce dernier fabricant s'était fait autrefois son défenseur enthousiaste, on voit que ce métal a une utilité très contestable, car la plupart des fabricants l'excluent de leurs formules.

Le zinc ne figure que dans la formule Flagg « facing » — où il se substitue au cuivre de la formule « submarine ».

Quelles seraient les qualités d'un amalgame parfait ?

1° Garder indéfiniment la permanence de la forme ;

2° Etre d'une ductilité suffisante pour résister aux efforts masticatoires, même lorsque les bords sont minces, même lorsqu'il y a eu reconstitution ;

3° Ne pas avoir de par ses constituants chimiques, une action nocive sur les tissus durs et mous de la dent ; que cette action soit primitive ou secondaire ;

4° Avoir et garder indéfiniment une couleur semblable ou au moins peu dissemblable de celle de la dent ;

5° Etre assez plastique pour pouvoir être porté, foulé dans toutes les cavités, même celles d'accès difficile. Durcir assez vite pour qu'en sortant du fauteuil le patient ne risque pas de voir l'obturation se déformer ou éclater sous la pression des dents antagonistes, et enfin ne pas durcir trop vite en empêchant la condensation parfaite de toutes les parties de l'obturation.

Cet idéal est-il atteint ?

Non !

Le jour où il le sera, l'aurification n'aura plus de raison d'être les autres matières obturatrices que des emplois bien limités.

C'est à approcher de cet idéal que nos efforts doivent tendre.

J'essaierai de montrer où nous en sommes.

1° *Permanence de la forme* — De tous les reproches qu'on a faits à l'amalgame, celui de la contractilité est le plus grave. Si comme l'or mou, le ciment et la gutta, il ne se désagrégeait qu'à

la surface tout en adhérant fermement aux bords, sa puissance de préservation serait précieuse; malheureusement il n'en est pas ainsi. Sa couche externe, son centre sont toujours durs et ce n'est qu'à la périphérie que la forme se modifie. Combien d'amalgames gardent longtemps l'apparence de la solidité, et font croire que leur rôle préservateur de la dent est bien rempli, quand, au contraire, ils laissent pénétrer dans les parties profondes, celles qui ont le plus besoin de protection, l'action désorganisatrice des acides, des détritus buccaux, des micro-organismes.

On peut pour certaines cavités ne pas tenir compte de la décoloration. Pour les faces latérales, la ductilité n'a pas la même importance que sur les faces triturantes; mais la protection des bords, des parois de l'obturation est la condition essentielle d'une bonne obturation. C'est de ce côté que l'amalgame est défectueux. Nous devons donc nous attacher à atténuer ce défaut, à le supprimer si possible. Cela obtenu, nous aurons doté notre thérapeutique d'un agent ayant peu de rivaux.

Fletcher et Charles Tomes sont les premiers, je crois, qui aient expérimenté sur les amalgames. Le travail du second est un des meilleurs essais scientifiques sur la matière(1).

Comparaison des poids absolus de différents amalgames (2) :

Palladium	0.037
Sullivan	0.070
Ash	0.140
Smale	0.140
Etain-Argent 55 — 45	0.350
— — 50 — 50	0.380

Le palladium donne donc le minimum de contraction. L'amalgame de Sullivan se contracte deux fois moins que l'amalgame de Ash (formule 1872), cinq fois moins qu'un composé étain-argent.

L'addition d'or atténue la tendance à la contraction, le tableau suivant l'établit :

Composants	Contraction
Argent 4,5. Etain 5,5	33
— — — — + or, 1	16
— — — — + or, 2	0.86
— — — — + or, 3	0.55
— — — — + or, 4	0.37

(1) On the Chemical and Physical Properties of Amalgames by Ch. S. Tomes. Transactions of Odontological Society 1872, page 135.

(2) Les chiffres donnent les gains en poids relativement à un volume donné.

Depuis le D[r] Elliott a fait de nouvelles cxpériences. Il a expérimenté nn assez grand nombre d'amalgames (1). Son travail mérite d'être consulté par quiconque veut connaître la question. Mais il n'a pas exposé le détail de ses expériences, il est en contradiction avec les autres expérimentateurs et je n'ose accepter ses chiffres pour une des bases de cette étude. Il trouve ponr certains amalgames une expansion considérable Roberston — mélangé mou — 25,8 Davis n° 2, et 33, il trouve une contraction plus grande pour le Sullivan que pour la plupart des amalgames.

On ne peut donc s'appuyer sur ces expériences en toute confiance.

Celles de Weissler ont été conduites par un esprit scientifique rigoureux, le *modus facieudis* a été exposé, et quand on pense? qu'elles sont l'œuvre d'un jeune étudiant, on ne peut qu'admirer celui qui les a entreprises.

Il a expérimenté sur neuf formules d'alliages pour amalgames : Arrington, Flagg (facing), Flagg (submarine), Flagg (coutouring), Herbst (gold-amalgam), Koch (platine amalgam), Lorenz (gold-amalgam), Œhlecker (gold-amalgam), et Skogsborg (gold-amalgam). Les poids spécifiques ont été établis : au moment du mélange, après une heure, après 48 heures.

Voici les tableaux qui résument ces expériences, Dans le premier on a pris pour base un volume d'amalgame — à 1 centième de centimètre cube ; dans le second un gramme.

TABLEAU I.

Nom de l'Alliage.	Au moment du Mélange.	Après 1 heure.	Après 48 heure	Contraction.	Argent 0/0.	Etain 0/0.	Mercure 0/0.
Coutouring de Flagg	1000	997	997	3	30	20	45
Submarine.	1000	997	997	3	30	17	49
Amalgame d'or de Shogsborg	1000	997	997	3	28	18	49
Amalgame d'or de Lorenz	1000	995	997	3	26	26	46
Amalgame d'or de Herbst	1000	996	993	7	28	20	46
Amalgame d'or d'Œhlecker	1000	994	993	7	9	9	51
Nouvel amalgame Arrington	1000	995	992	8	19	28	51
Fracing de Flagg	1000	994	988	12	26	16	53
Platina amalgame de Koch	1000	986	979	21	23	34	42

(1) Dental Record, octobre 1884, p. 456..

TABLEAU II.

Contouring de Flagg...........	94.4	94 2	94.2	0.2	30	20	45
Submarine de Flagg.............	93 8	93.6	93.6	0.2	30	17	49
Guld-Amalgame de Skogsborg's...	93.9	93.7	93.7	0.2	28	18	49
Amalgame d'or de Lorenz.........	96 5	96.1	96.3	0.2	26	26	46
Amalgame d'or de Herbst	92.9	92.6	92.3	0.6	8	20	46
Amalgame d'or d'Œhlecker.......	94.9	94 4	94.3	0.6	?	?	51
New Amalgame d'Arington.......	97.4	97.0	96.7	0.7	19	28	51
Fracing de Flagg................	92.5	92.0	91.5	1.0	26	16	53
Amalgame de Platine de Koch....	101 »	100 »	99.3	1.7	23	34	42

Le minimum de coutraction s'observe avec les formules Flagg (coutouring et submarine), Shoksborg et Lorenz. Les alliages Herbst, Œhlecher sont moins parfaits à cet égard, ceux d'Arrington, de Kock et de Flagg (facing), ont la plus grande contraction. Quelle est la composition chimique des alliages donnant peu de retrait ? L'argent y entre pour une part importante 56 à 60 o|o, l'étain pour une petite 35 à 38 o|o, l'or n'y dépasse pas la proportion 8 o|o, le zinc a une influence contractile « facing », de Flagg.

Il me semble donc, que si l'on ne tient compte que de la contraction, nos formules d'alliages pour amalgames doivent contenir beaucoup d'argent, peu d'étain, une faible quantité d'or ou de cuivre. Que les praticiens acceptent ces premières données, qu'ils emploient de préférence des amalgames selon les formules données plus haut, qu'ils fassent des observations et de nouvelles expériences et il nous sera possible d'éliminer définitivement les mauvais alliages, de préciser les conditions d'emploi des bons. Nous n'aurons plus à choisir qu'entre trois ou quatre formules.

A l'empirisme nous substituerons un choix rationnel, basé sur la connaissance des composants chimiques, sur leurs réactions réciproques. Nous deviendrons maîtres de nos matières d'obturation.

Si la composition chimique de la poudre, est le facteur le plus important de la stabilité de la forme, d'autres éléments doivent être considérés : la quantité de mercure, la forme de la cavité, les moyens d'exécution de l'obturation.

On a beaucoup discuté sur la quantité de mercure nécessaire pour faire un bon amalgame.

A priori, on pensait que la contraction était en raison inverse de la quantité de mercure, que par conséquent, l'amalgame fait aussi sec que possible, était le plus stable. L'expérience n'a pas confirmé cette hypothèse.

Les résultats énoncés ci-dessous, extraits du travail de Weissler, sont décisifs sur ce point.

Il faut un poids à peu près égal de mercure et d'alliage pour obtenir un amalgame assez plastique. Si l'on prend la formule Arrington, par exemple, on voit que pour 1 gramme d'alliage il faudra pour l'amalgamer à sec 0 gr. 876 ; de consistance moyenne 1 gr. 057 ; de consistance molle 1 gr. 244.

Dans le tableau suivant on a pris pour base un volume d'amalgame de 1 centième de centimètre cube de chacun des trois alliages Arrington, Herbst, Kock, on les a mélangés en trois proportions différentes : *a.* avec aussi peu que possible de mercure, *b.* en quantité moyenne, *c.* en quantité maxima. Les volumes ont été mesurés : 1° aussitôt après l'amalgamation, 2° 1 heure après, 3° 48 heures après.

TABLEAU III.

Nom de l'Alliage.	Sec			Moyen			Mois		
		après 1 h.	après 48 h.		après 1 h.	après 48 h.		après 1 h.	après 48 h.
Arrington (Nouvel amalgame	1000	996	984	1000	995	992	1000	997	983
Herbst (Amalgame d'or	1000	992	984	1000	996	993	1000	903	992
Koch (Amalgame de platine)	1000	993	975	1000	986	978	1000	995	986
Arrington (Nouvel amalgame fait excessivement sec)	1000	993	960	»	»	»	»	»	»

L'alliage d'Arrington, après 48 heures, a une contraction représentée par 3 quand il est fait avec excès de mercure, 8 quand il n'a été mis qu'en quantité moyenne, par 16 quand il a été fait sec, par 40 quand il a été fait très sec. Pour les alliages Herbst et Koch les proportions sont peu différentes.

L'expérience a été répétée, en prenant pour base le volume que donne 1 gramme d'amalgame exprimé en centièmes de millimètres cube ; elle a donné des résultats analogues ; toutefois, le minimum de rétraction a été observé avec une quantité moyenne de mercure.

L'amalgame fait très sec n'est donc pas la meilleure manière de le préparer, il est préférable d'y incorporer une quantité moyenne de mercure. Si on fait entrer en compte d'autres éléments d'appréciation, on voit qu'on ne doit pas en mettre en excès. L'amal-

game ne se rétracte pas également, il a tendance à revenir à la forme sphéroïdale, il s'ensuit qu'il y a dilatation sur le petit diamètre, contraction sur le grand ; cela explique en partie les échecs de l'amalgame dans les cavités proximales, — sur une petite molaire par exemple, — on aura une rétraction selon la hauteur qui découvrira la dentine à la région cervicale tandis que la dilatation se produira selon l'épaisseur.

Cette rétraction est aussi proportionnelle à la masse, si elle est d'un 1/20e cela sera très peu appréciable sur une petite cavité, surtout si les tissus dentaires sont durs, il n'en est plus de même pour une grande cavité, celle d'une grosse molaire reconstituée et cette contraction d'un vingtième serait relativement considérable. On a ainsi l'explication de la longue durée de certains amalgames faits même dans de mauvaises conditions.

La décoloration est difficile à prévenir, si on veut avoir des amalgames stables de forme ; cette dernière qualité ne peut s'obtenir qu'avec une plus grande proportion d'argent, les composés sulfurés qui se forment ou passent dans la cavité buccale se combinent avec l'argent et je ne crois pas qu'il soit actuellement possible de réunir les deux avantages. Tout au moins les formules ne sont pas connues de moi. Les amalgames à grains fins et surtout le polissage de l'obturation, atténuent cette défectuosité.

Depuis l'usage des ciments d'oxyphosphate de zinc, les amalgames sont peu employés pour les cavités des dents antérieures ; la décoloration n'a donc pas la même importance, et si le retrait à la périphérie ne se produisait plus, combien de dents pourraient être sauvées par l'usage de l'amalgame.

La ductilité a aussi une grande importance : elle est toujours suffisante dans la partie centrale ; il n'en est pas de même pour les bords minces et le dessertissage de l'obturation qui est dû, non seulement au retrait, mais encore à la fracture de ces bords minces. On doit en tenir compte dans la préparation de la cavité.

La ductilité n'a pas été éprouvée exactement jusqu'ici, et nous n'avons maintenant que des observations incomplètes sur ce point. On sait seulement que l'étain rend plus plastique et plus mou, l'argent, le cuivre et l'or augmentent la dureté. Les amalgames qui prennent vite deviennent très durs, ceux qui prennent lentement beaucoup moins.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Indications de l'emploi des amalgames

Les longues explications précédentes sur le côté chimique de la question des amalgames ne doivent pas faire oublier les indica-

tions thérapeutiques et le manuel opératoire. Cela n'a pas moins d'importance pour nous.

Puisque l'amalgame a toujours du retrait, peu ou beaucoup, notre conduite est guidée en nombre de cas.

Si les tissus dentaires en contact avec l'obturation sont de texture molle, (que cela provienne de la calcification incomplète, comme chez les enfants et les adolescents, de défectuosités congénitales ou acquises), l'amalgame est une mauvaise matière obturatrice. L'or, le ciment ou la gutta-percha lui seront de beaucoup supérieurs, surtout s'il s'agit de cavités interstitielles étendues.

Pour les dents antérieures, la coloration de l'amalgame est presque toujours une contre-indication, sauf pour les très petites cavités.

Dans le voisinage de la pulpe, on ne peut mettre en contact immédiat la dentine et l'amalgame ; il faut, dans ces cas, faire au moins un coiffage indirect.

Chez les adultes possédant des dents à ivoire dense, — primitif ou secondaire, — pour les cavités des dents postérieures, quand il y a nécessité de reconstitution, ou de grandes difficultés d'accès, sur les dents mortes, l'amalgame rendra les plus grands services.

L'amalgame peut se faire, soit en le délayant dans la main ou dans un petit mortier, ou en agitant mercure et poudre dans un tube de verre dont le pouce ferme l'ouverture. L'emploi du tube de verre, conseillé par Fletcher, n'est pas préférable à l'amalgamation par trituration dans le mortier si on met une certaine quantité de mercure ; après avoir longtemps employé le tube, je l'ai délaissé pour revenir à l'usage du mortier. L'amalgamation doit être ainsi plus parfaite.

M. Fletcher a imaginé aussi une petite balance, recevant dans des godets opposés la poudre et le mercure ; on met toujours les mêmes quantités. On peut, par son emploi, graduer à volonté la balance selon l'amalgame employé.

On avait conseillé autrefois le lavage de l'amalgame dans l'alcool, dans de l'eau ammoniacale, etc. Cette pratique a des inconvénients, il reste une certaine quantité de liquide dans l'amalgame on lui enlève ainsi de son homogénéité.

Si le mercure a été mis en excès il sera expulsé par une pression entre les doigts où entre les mors d'une pince. L'expression dans un linge ou un morceau de peau demande plus de temps. On laissera une quantité suffisante de mercure pour garder à la masse des qualités plastiques.

Le moulage de l'amalgame dans un petit moule en bois afin de

lui donner la forme cylindrique est souvent avantageux, les fragments sont plus facilement portés dans la cavité. On a aussi imaginé un instrument qui contient le cylindre et le foule dans la cavité : cela est plus ingénieux que pratique.

L'amalgame qui a été mouillé peut, si on exprime l'eau qu'il contient adhérer de nouveau ; mais cela lui a fait perdre quelques qualités, il est donc indispensable de faire l'obturation à sec. La pose de la digue est presque toujours profitable ; pour les cas simples, les tampons de linge, de papier absorbant suffisent.

La cavité doit avoir, surtout sur les faces triturantes, des bords solides, lisses, droits ou presque droits, sur les faces latérales le sacrifice de tissu sain peut être moins étendu que pour l'or mou, on évitera pourtant de laisser des parties affaiblies, surplombantes des bords déchiquetés. Pour les cavités proximales le nettoyage entre les obturations doit toujours être facile, l'ouverture en V, des séparations franches seront pratiquées. Etant connu le retrait de l'amalgame on comprend qu'on ne doit laisser sur les bords que de l'ivoire absolument sain, principalement à la pointe cervicale, et sous les tubercules des prémolaires. Si pour la rétention de l'obturation il est nécessaire de pratiquer une rainure elle sera faite avec une fraise ronde ou ovale, la fraise en roue ou à cône renversé laisse moins de solidité aux bords. L'emploi des fraises à forme ronde a pour ce genre d'opérations entre autres avantages de laisser à la cavité une forme se rapprochant de la sphère.

La conductibilité thermique de l'amalgame nécessite l'interposition d'une couche mince de gutta ou de papier d'amiante entre l'ivoire voisin de la pulpe et lui, il va de soi qu'il ne peut être mis directement sur l'organe.

Pour les cavités interstitielles l'emploi des matrices est le plus souvent utile, elles permettent une condensation plus parfaite, puisqu'elles assurent des parois sur des points où la cavité en était privée, elles empêchent aussi le glissement de la matière obturatrice au delà de la pointe cervicale de la cavité, elles économisent le temps en donnant de suite la forme voulue.

La cavité bien préparée, séchée, la matrice mise en place, l'amalgame est porté dans la cavité par petits fragments à l'aide d'une brucelle ou d'un fouloir *ad-hoc*.

Chaque fragment sera bien foulé avant d'en introduire un autre. Le premier servira à enduire en quelque sorte les parois de la cavité, le fouloir tourné entre les mains, ou un brunissoir monté sur le tour, rendront facile ce premier temps de l'opération, de nouveaux morceaux seront ensuite ajoutés et foulés de même, jusqu'à édification complète de l'obturation.

On a conseillé l'usage du maillet automatique pour fouler l'amalgame ; avec très peu de mercure les particules ont peu de cohésion ; de là la nécessité d'un foulage énergique, le coup de maillet a alors quelque raison d'être ; avec l'amalgame plastique il est superflu. Même avec l'amalgame sec le maillet ne donne pas une densité supérieure au foulage à la main, s'il est fait soigneusement.

J'ai fait des expériences comparatives avec des cylindres d'amalgame dosés à l'aide de la balance Fletcher. Ils furent foulés les uns à la main, d'autres au maillet, d'autres avec le brunissoir monté sur le tour ; ramenés à un volume égal ils donnèrent une pesanteur spécifique semblable, ou avec peu de différence, celui qui avait été foulé par la rotation avait en moins 0 gr. 006 — pour un poids de 1 gr. 400, c'est-à-dire 1/233.

On peut donc dire que la percussion, la pression, la rotation, équivalent pour la condensation de l'amalgame ; à condition que de petits morceaux soient successivement foulés. Il serait erroné de croire que l'amalgame est absolument plastique, et qu'on peut le mettre en masse et se contenter d'une pression à la surface, l'on aurait ainsi une obturation peu dense pénétrant mal dans les anfractuosités de la cavité ; vers les bords, cela aurait des conséquences fâcheuses. L'amalgame a du retrait quand il est bien fait, également condensé ; que doit-ce être lorsque l'homogénéité de la masse, le moulage de la cavité ne sont pas absolus ?

Le mercure du commerce est toujours chargé d'impuretés et son usage devrait être délaissé pour faire les obturations. Le mercure purifié par l'electricité est indispensable.

Bonwill conseille l'addition de 7 pour 100 d'or au mercure. Je ne saurai dire quelle est la valeur de cette combinaison.

Certains opérateurs expriment l'excès de mercure en foulant sur l'obturation terminée soit avec du papier absorbant, un morceau de caoutchouc monté sur un manche de bois, de l'étain, de l'or en feuilles ; l'étain est préjudiciable, l'or ne doit pas avoir grande efficacité, il prend du mercure à l'obturation, il n'y ajoute qu'une quantité infinitésimale d'or, il agit donc comme les moyens mécaniques. Etant reconnu qu'on doit laisser à l'amalgame une certaine quantité de mercure, cette pratique semble irrationnelle.

La cavité remplie, on lui donnera le contour voulu en accordant la plus grande attention aux bords, surtout à la région cervicale ; l'excédant enlevé, l'articulation largement assurée, on procédera au polissage immédiatement, si l'on a employé un amalgame prenant vite ; dans le cas contraire, il sera différé.

On enlève l'excédent et on polit à l'aide des limes à séparer des rifloirs à obturation, des meules, des disques en papier, en feutre,

en caoutchouc, chargés d'abord de poudres à grain assez gros, pour terminer avec les poudres fines, magnésie, blanc d'Espagne, rouge d'Angleterre.

La décoloration, la désagrégation de la dentine sont toujours atténuées par le polissage. Il sera très minutieux pour les cavités interstitielles ; l'obturation doit s'unir à la dent sans différence de niveau ; on s'en assurera avec un instrument. Les dépressions ou saillies favoriseraient la rétention des détritus buccaux ; cela est particulièrement préjudiciable dans le voisinage du collet ; une inflammation de la muqueuse, du périoste, avec ou sans fongosités des périostites rebelles, des épulis ont souvent cette origine.

Combinaisons de l'amalgame avec d'autres matières obturatrices.

L'amalgame peut être employé dans la même cavité comme base d'une aurification, comme revêtement d'un ciment. Combiné avec l'or, il est particulièrement avantageux. Dans les caries étendues des grosses molaires, on peut combler en partie la cavité avec de l'amalgame, pour terminer avec l'or. Pour les caries proximales s'étendant loin, vers ou au delà du collet, il est excellent de faire la base de l'obturation avec de l'amalgame et d'aurifier par dessus ; l'union de l'amalgame et de l'or en feuilles est très intime, et cette combinaison mériterait un usage plus fréquent.

M. Perry a recommandé d'entourer les amalgames d'une aurification suivant les bords de la cavité. Il est plus facile d'aurifier toute la partie extérieure de l'obturation que de pratiquer une rainure pour l'aurifier ensuite, d'autant plus que cela ne combattrait les effets du retrait que sur une petite partie de la hauteur. La combinaison de l'or (condensé par la méthode rotative sur les parois) et de l'amalgame est peut-être plus pratique. Quand on associe l'or et l'amalgame pour la même obturation, il est préférable de placer l'amalgame à une séance, pour aurifier le jour suivant.

Il est parfois nécessaire de respecter les bords fragiles des molaires, l'amalgame serait pour eux un mauvais support. Il est aisé de les épauler au préalable avec du ciment pour revêtir ensuite d'amalgame.

L'amalgame est le meilleur moyen de scellement des tubes destinés à recevoir un pivot ; ceux à base de cuivre seront préférés. On a conseillé l'emploi de l'amalgame pour l'obturation des ca-

naux ; ce moyen serait le plus parfait si l'on était toujours assuré de la guérison radicale des dents à pulpe détruite.

La découverte de Regnard et de Taveau a doté notre art d'une excellente matière obturatrice. A nous de la rendre irréprochable. On a perfectionné le manuel opératoire, il nous reste à connaître complètement la chimie de l'amalgame. Si ce côté essentiel de la question a été négligé, cela tient au manque de préparation scientifique de nos aînés. Vous pouvez tenter ce qu'ils ne pouvaient faire et aller à la recherche de ce qu'ils nous ont laissé ignorer. Vous apprenez ici les éléments de la chimie ; vous y puisez le goût de la recherche et des idées exactes. Faites-en profiter l'art dentaire.

J'ai dû mettre à contribution, pour cette étude, le travail d'un jeune scandinave, étudiant dentiste. Suivez son exemple : mesurez, pesez ; il y a encore beaucoup à faire pour élucider cette question. Puissé-je avoir bientôt à citer quelques expériences de quelqu'un de mes auditeurs de ce soir (1).

JURISPRUDENCE

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (7e chambre).

Refus d'honoraires au dentiste pour une opération qui n'a pas profité au client

Voici un fait qui intéresse au plus haut point la défense de nos intérêts professionnels. Il s'agit d'un procès où la justice s'est montrée dure pour un confrère, et, chose bien plus grave, semble vouloir établir un point de jurisprudence qui rendrait absolument impossible l'exercice de notre profession. Les journaux politiques s'en sont emparés en le dénaturant prêtant à leur insu à des manœuvres de chantage que l'on est venu me menacer de continuer sans le payement immédiat d'une somme de 20,000 francs ; il m'appartient de le narrer avec quelques détails.

22 juillet 1884. — Mademoiselle R..., âgée de cinquante ans environ, se présente en mon cabinet. Pendant une demi-heure elle me consulte sur le mauvais état de sa bouche, sur l'opportunité, sur la possibilité de lui mettre un dentier.

Elle finit par avouer que sur l'avis de son médecin, le docteur

---

(1) Il sera publié prochainement un appendice à cette leçon sur la métallurgie et la chimie des amalgames, donnant quelques conseils sur leur fonte et sur leur analyse.

DELBET, médecin du ministère de la justice, elle venait me demander l'application d'un dentier, pour remédier à des troubles digestifs graves, provenant d'un défaut de mastication. Après de longues explications, une décision réciproque est prise à l'égard du râtelier ; le prix en est convenu, et la cliente est convoquée à une heure fixe du lendemain pour subir les opérations préliminaires.

23 *juillet*. — Extraction à la mâchoire inférieure de huit petits chicots mobiles, vestiges des grosses molaires.

24 *juillet*. — Résection de six ou sept racines solides à la partie antérieure de la même mâchoire ; en haut toutes les dents manquaient depuis longtemps. Nous prenons des empreintes.

26 *juillet*. — Mademoiselle R... revient nous voir, satisfaite et nullement souffrante de nos opérations.

Le but de sa visite est de nous demander un certificat attestant qu'elle aurait perdu ses dents par suite d'émanations cupriques qui arrivent, assure-t-elle, dans son appartement ; elle voulait, armée de cette pièce, actionner le propriétaire en dommages-intérêts. Nous refusons un tel certificat, et Mlle R... part fort mécontente.

5 *août*. — A cette date convenue pour commencer le dentier et prendre une empreinte définitive de la mâchoire inférieure Mlle R... se présente en notre cabinet. Mais elle refuse de donne suite à sa commande, si nous ne faisons pas, et dans les formes qu'elle nous indique, le certificat demandé. Elle s'en va et nous lui réclamons, pour consultations et opérations, 50 francs.

Après plusieurs réclamations restées sans réponse, nous faisons poursuivre le recouvrement de nos honoraires.

Un permis de citer est donné le 23 mai, et un exploit du 29 octobre 1885, traduit Mlle R... devant la justice de paix du sixième, arrondissement.

Le tribunal rend le jugement contradictoire suivant :

« ..... Le tribunal, après remise de la cause, attendu que les parties sont en désaccord ; qu'il y a lieu de les renvoyer devant un homme compétent en matière de médecine et de chirurgie ; attendu qu'il y a lieu de recevoir la demoiselle R... reconventionnellement demanderesse (1) ; par ces motifs : jugeant avant faire droit : reçoit la demoiselle R... reconventionnellement demanderesse et renvoie les parties devant M. le docteur DESPRÈS, médecin en chef de l'hôpital de la Charité.... que nous nommons expert, lequel dispensé du serment du consentement des parties, examinera Mlle R..., entendra les explications des parties, les conciliera, si faire se peut, et, sur le tout, dressera son procès-verbal... »

12 novembre 1885.

---

(1) Mlle R... réclamait 20,000 fr. à titre de dommages et intérêts.

Rapport de M. Després.

« Appelé en vertu du jugement en date du douze novembre mil huit cent quatre-vingt-cinq, rendu par Monsieur le juge de paix du sixième arrondissement de Paris, à me prononcer sur la contestation entre Monsieur David et Mademoiselle R..., j'ai convoqué les parties, pris connaissance de leur dire, et de cette double entrevue j'ai appris ce qui suit :

Demoiselle R... s'est présentée chez le docteur David, dentiste dans le but de faire soigner ses dents et de remplacer les dents absentes par une pièce dentaire, dont le prix a été débattu, quoiqu'elle n'ait pas été faite.

Le dentististe, appliquant les règles de son art, a conclu à la nécessité de la section des dents cariées, au nombre de huit, et à l'avulsion de quatre molaires entièrement cariées, afin de pouvoir préparer la pièce dentaire. Ces diverses manœuvres ont été accomplies pendant quatre visites chez le docteur David.

Demoiselle R... n'a pas donné suite à son projet, elle n'a pas vouln du dentier et le docteur David n'en a plus entendu parler.

Ce dernier a envoyé sa note se montant à cinquante francs, prix de ses quatre consultations et de l'avulsion de plusieurs dents.

Je conclus que les opérations dentaires proposées et pratiquées par le docteur David sont conformes aux règles de l'art et que le prix des honoraires qu'il a réclamés n'a rien d'excessif.

En foi de quoi j'ai signé le présent rapport, après serment voulu par la loi.

Signé : A. Després,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité.
1er décembre 1885.

Un deuxième jugement contradictoire nomme un contre-expert :

« Attendu que la défenderesse demande, après avoir entendu lecture du rapport de M. Després..., à ce qu'il soit nommé un contre-expert ; que le docteur David ne conteste pas cette demande et s'y conforme ; — par ces motifs : jugeant devant faire droit, nomme expert M. Magitot, docteur médecin... 24 décembre 1885. »

Rapport du docteur Magitot

« Monsieur le juge de paix. Par votre lettre en date du 28 décembre 1885, vous m'avez fait l'honneur de me désigner, à titre d'expert, dans un différend entre Monsieur le docteur David et Mademoiselle R...

En conséquence, j'ai mandé chez moi les deux parties, d'abord isolément, puis ensemble et contradictoirement.

Mademoiselle R... s'est présentée en personne ; le docteur David, absent ne Paris, s'est fait représenter par une personne qui est son

assistant, et qui connaissait personnellement les faits de la cause. Cette personne était en outre porteur d'une note manuscrite du docteur David.

De ces diverses entrevues, il paraît résulter clairement à mes yeux que :

Premièrement : Mademoiselle R... s'étant présentée le 22 juillet 1884 chez le docteur David pour réclamer ses soins, rendez-vous fut pris pour le lendemain, afin de commencer les soins ou opérations que nécessitait l'état de la bouche de Mademoiselle R... Or, cette demoiselle était fort souffrante, présentant à la fois des phénomènes généraux et des lésions de la bouche et des dents qu'elle attribuait à des émanations délétères provenant d'un atelier de dorure sur cuivre attenant à son habitation.

Deuxièmement : Au rendez-vous du lendemain, 23 juillet 1884, Monsieur le docteur David pratiqua une série d'opérations : extraction de débris dentaires, résection d'un grand nombre d'autres, le tout dans le but, que le docteur David n'a pu laisser ignorer à sa cliente, d'établir au lieu et place des dents manquantes, un appareil destiné à rétablir, les fonctions de la bouche. Cependant c'est ici que se place la protestation de Mademoiselle R..., qui prétend que c'est par surprise qu'on lui a fait ces diverses opérations, extractions, etc., qu'elle fut prise de force et immobilisée dans un fauteuil par les mains de plusieurs aides. Ce récit ne nous paraît guère admissible, et nous ne pouvons croire que Mademoiselle R... fut ainsi mise dans l'impossibilité de s'opposer aux manœuvres violentes auxquelles elle prétend avoir été contrainte. Dans tous les cas, elle s'abstint de protester d'aucune manière pendant les jours qui suivirent, et il ne nous reste d'autre preuve des prétendues violences que le certificat d'un médecin, le docteur Henri de Navenne, qui, en date du 2 novembre 1885, c'est-à-dire *seize* mois après les faits précités, s'indigne au nom de sa cliente Mademoiselle R... contre des procédés opératoires auxquels il n'a point assisté et qu'il se contente d'apprécier rétrospectivement!

Quoi qu'il en soit, Mademoiselle R... se présente de nouveau chez le docteur David, trois jours après les opérations, c'est-à-dire le 26 juillet :

Cette visite était destinée, suivant son dire, à lui montrer « dans quel état déplorable était sa bouche », tandis que, suivant le docteur David, elle avait pour objet de lui demander un certificat attestant que l'état de sa bouche résultait des émanations méphitiques auxquelles elle avait été exposée, et qui avaient ainsi perdu sa santé et ses dents. Le docteur David refusa ce certificat et Mademoiselle R..., très contrariée de cette réponse, refusa, à son tour, de poursuivre l'application de l'appareil de prothèse que se proposait chez elle le docteur David. Mademoiselle R... comptait sur cette attestation pour réclamer de son propriétaire des dommages et intérêts.

Troisièmement : A partir de ce moment, Monsieur le docteur David cessa tout rapport avec Mademoiselle R...

Quatrièmement : Au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire seize mois après les faits ci-dessus, le docteur David assigna Mademoiselle R... en paiement d'une somme de cinquante francs pour règlement d'honoraires de deux séances opératoires du mois de juillet 1884 ; car nous oublions de faire remarquer que, suivant l'affirmation du docteur David, non contestée par Mademoiselle R..., les opérations pratiquées chez elle comprirent *deux séances* : le 23 et le 24 juillet 1884.

Cinquièmement : A cette assignation du docteur David, Mademoiselle R... répond par une demande reconventionnelle de vingt mille francs de dommages et intérêts pour blessures, désordres, lésions diverses, causées dans la bouche par Monsieur le docteur David.

Ici notre enquête ne nous a pas permis de reconnaître que Mademoiselle R... eût été l'objet d'aucunes manœuvres, volontaires ou accidentelles, autres que celles indiquées par le but que se proposait l'opérateur, à savoir : préparer la bouche chez Mademoiselle R... pour qu'elle pût recevoir l'application d'un appareil prothétique.

On trouvera bien étonnant, du reste, que Mademoiselle R..., si elle eût été effectivement blessée, comme elle le prétend, ait attendu le délai de seize mois pour formuler ses griefs et réclamer des dommages et intérêts. De plus, l'état de sa bouche ne nous montre rien de plus que ce qui était indiqué chirurgicalement dans le but que se proposait le docteur David, et, enfin, il n'est nullement établi, ainsi que le prétend Mademoiselle R..., que l'état actuel de sa santé soit le fait des opérations pratiquées dans sa bouche.

En conséquence, Monsieur le Juge de Paix, je suis d'avis :

1° Que le docteur David est parfaitement fondé à réclamer de Mademoiselle R... des honoraires pour deux séances d'opérations préliminaires, et l'application convenue d'un appareil.

2° Que le chiffre de cinquante francs réclamé par le docteur David n'a rien d'exagéré.

3° Que Mademoiselle R... n'est nullement fondée à revendiquer des dommages et intérêts du docteur David, attendu que ce dernier a procédé, dans les soins qu'il a donnés, dans les règles de l'art.

Telle est, Monsieur le Juge de Paix, la solution à laquelle je suis conduit, nécessairement, par l'examen des faits que vous avez bien voulu soumettre à mon jugement ;

En ce qui concerne mes honoraires d'expertise, je vous prie de bien vouloir percevoir de la partie perdante, Mademoiselle R..., la somme de quarante francs, que je vous prie de vouloir bien déposer en mon nom dans la caisse du bureau de bienfaisance de votre arrondissement.

Veuillez agréer, Monsieur le Juge de Paix, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux. Signé : E. Magitot. 4 janvier 1886. »

Après le dépôt de ces rapports, Monsieur le Juge de Paix statue en ces termes :

« Le tribunal de Paix de l'arrondissement du Luxembourg, sixième de la ville de Paris, y séant, hôtel de la mairie, place Saint-Sulpice... a rendu le jugement dont la teneur suit :

Attendu que suivant citation en date du 29 octobre 1885, et dont le permis de citer avait été délivré précédemment, 23 mai, même année, le sieur David, docteur-médecin et chirurgien dentiste, a intenté une demande contre Mlle R..., en paiement de cinquante francs pour soins dentaires donnés à cette dernière à partir du 22 juillet 1884, jusqu'au 26 juillet même année;

Attendu qu'à cette demande Mlle R... oppose et formule elle-même une demande reconventionnelle contre le docteur David en paiement de 20,000 francs de dommages et intérêts;

Que cette demande est fondée sur ce que les prétendus soins dentaires donnés par le docteur David, ne seraient qu'un acte de barbarie pratiqué par ce dernier, contrairement aux règles de l'art, et desquels il serait résulté pour la défenderesse un désordre de santé et des maladies graves, dont le fait serait imputable uniquement à l'incurie du docteur David et dont le dommages doit être réparé par l'auteur du mal ;

Qu'en conséquence elle demande qu'il plaise au Juge de paix, débouter le docteur David de sa demande, la recevoir reconventionnellement demanderesse et condamner le docteur David à lui payer la somme de 20,000 francs à titres de dommages-intérêts;

Attendu que, avant faire droit, le juge de paix du VIe arrondissement de la Ville de Paris a rendu un jugement, le 12 novembre 1885, qui commettait le docteur Després à l'effet d'examiner si le docteur David avait procédé conformément aux règles de l'art et de la science, et si le désordre de santé, accusé par la demoiselle R..., pouvait résulter d'une faute professionnelle commise par le docteur David;

Attendu qu'à l'ouverture du rapport de l'expert Després, déposé au greffe de ce Tribunal, le 23 Décembre 1885, enregistré, et sur connaissance prise d'icelui-ci Mlle R..., a demandé une contre expertise qui a été ordonnée, suivant le jugement, avant faire droit en date du 24 décembre 1885, enregistré, lequel jugement à commis le docteur Magitot pour statuer sur les faits énoncés dans la première expertise ;

Attendu en fait qu'il résulte du rapport verbal du docteur Després que Mlle R... s'est présentée chez le dentiste David dans le but de faire soigner ses dents et de remplacer celles absentes par une pièce dentaire dont le prix a été débattu, quoiqu'elle n'ait pas été faite. Que le dentiste, appliquant les règles de son art, a conclu à la nécessité de la section des dents cariées au nombre de huit, et à l'avulsion de quatre molaires entièrement cariées, afin de pouvoir préparer la pièce dentaire, d'où l'expert conclut que les opérations dentaires pratiquées

par le docteur David sont conformes aux règles de l'art et que le prix des honnoraires réclamés n'a rien d'excessif;

Attendu qu'il résulte également du rapport du docteur Magitot, contre-expert, déposé au greffe de ce Tribunal, le 15 janvier 1886;

1° Que les opérations nécessitées par l'état de la bouche de Mlle R... ont été faites conformément aux règles de l'art et que le docteur David est fondé à réclamer les honoraires pour deux séances d'opérations préliminaires à l'application d'un appareil dentaire ;

2° Que le chiffre de cinquante francs réclamé par le docteur David n'a rien d'exagéré;

3° Que Mlle R... n'est nullement fondée à réclamer des dommages et intérêts du sieur David, attendu que ce dernier a procédé conformément aux règles de la science;

Attendu d'ailleurs que les opérations faites par le docteur David ont été pratiquées par lui en date des 23 et 24 juillet 1884.

Attendu que la demande reconventionnelle de Mlle R... a été tardivement formée par elle, SEIZE mois après les dites opérations et uniquement à l'occasion de la réclamation des honoraires par le docteur David en date du 29 octobre 1885;

Que la gravité des faits pathologiques allégués par Mlle R... ne permet pas d'admettre qu'elle eût pu tarder un aussi long temps pour se faire faire droit, adoptant au surplus les conclusions conformes de l'expertise et de la contre-expertise;

Par ces motifs : jugeant en premier ressort, statuant sur la demande principale:

Condamne Mlle R... à payer au docteur David, la somme de cinquante francs a titre de soins et visites.

Statuant sur sa demande reconventionnelle reçoit Mlle R .. reconventionnellement demanderesse en la forme, et au fond la déclare non recevable en icelle.

Et pour le profit la condamne en tous les dépens. 4 février 1886.»

Mlle R... fait appel de cette condamnation et voici le jugement qu'elle obtient devant le tribunal civil :

« Le Tribunal... jugeant en dernier ressort...

Attendu que la demoiselle R... affirme qu'elle n'avait pas consenti à ce que David lui posât un ratelier.

Que l'ablation de ses dents a eu lieu sans que le dentiste lui en fasse connaître l'objet; que par la suite et pour terminer tout différend, elle prétend qu'il a été convenu qu'on ne lui réclamerait pas d'honoraires, pas plus qu'elle ne réclamerait de dommages;

Attendu qu'enfin David n'a pas posé de râtelier à l'appelante, que dès lors l'ablation de ses dents a été une opération inutile pour elle et purement nuisible;

Attendu que la demande de David limitée à cinquante francs et le

longtemqs écoulé avant la réclamation en justice, rendent invraisemblables les allégations de la demoiselle R... ;

Que dans tous les cas, l'opération pour laquelle des honoraires sont demandés, ne lui a pas profité ;

Par ces motifs : Reçoit la demoiselle R... appelante du jugement rendu contre elle par le Tribunal de Paix du VIe arrondissement de Paris, le 4 février 1886, enregistré et y disant droit, infirme le dit jugement et faisant ce que le premier juge aurait dû faire ;

Déclare David mal fondé dans sa demande principale et déclare la demoiselle R... mal fondée dans sa demande reconventionnelle, les en déboute ;

Fait masse des dépens de première instance et d'appel pour être supportés un tiers par la demoiselle R.., et deux tiers par David. » Tribunal civil de la Seine, septième Chambre. 7 juin 1887.

On a quelque raison d'être étonné d'un pareil jugement.

Le juge de paix avait, ce nous semble, introduit dans la question les éléments d'une sage appréciation en demandant l'avis de deux experts dont personne ne contestera la compétence : MM. Després et Magitot.

Le tribunal de la Seine a cru devoir juger contrairement à ces deux avis et infirmer le premier jugement. Que doivent penser les deux experts, les véritables arbitres de la cause ?

Les considérants du jugement d'appel peuvent fournir matière à certains commentaires.

Etait-il vraiment possible d'admettre que la demoiselle R... eût subi, malgré elle, des opérations qu'elle n'aurait pas réclamées, et cela en deux séances, sans être endormie ? Si elle avait eu à se plaindre des opérations pratiquées le 23 juillet, si elle ne les avait acceptées, elle ne serait point revenue les faire continuer le lendemain ! Mais laissons de côté nos assertions dont il est fait bon marché ; celles du docteur Delbet auraient dû suffire pour établir qu'il avait adressé la cliente au dentiste parce qu'elle avait précisément besoin d'un dentier.

Le tribunal reconnaît inutiles et nuisibles les opérations faites à Mlle R... parce que le dentier n'a pas été posé. Ce n'est d'abord pas le dentiste qui a arrêté la commande. Ces conclusions sont surtout inadmissibles au point de vue chirurgical, et je ne sache pas qu'à ce point de vue les juges se targuent d'une compétence incontestée. En effet, Mlle R... (cinquante ans) n'avait plus de dents à la mâchoire supérieure. Avec ses chicots mobiles, pointus, la mâchoire inférieure ne pouvait se rapprocher de l'autre sans la léser... En pareil cas, et sans prévision d'aucune application prothétique, n'est-il pas indiqué d'arracher, de réséquer les chicots pour permettre le rapprochement des deux arcades alvéolaires ? Par elles-mêmes, ces opérations, loin d'être nuisibles, ont donc été utiles à Mlle R... Elles étaient, en outre, né-

cessaires, pour permettre l'application d'un dentier et la cliente qui, de l'avis de son médecin, en avait absolument besoin, l'aura ensuite fait faire ailleurs.

Mais il n'y a qu'à s'incliner : d'eux-mêmes, mieux que les experts, et contre l'avis des experts, les juges peuvent apprécier les questions de fait.

Arrivons à un point de droit des plus importants :

Pour me refuser des honoraires, le jugement se base sur « ce que l'opération pour laquelle des honoraires sont demandés n'a pas profité » à la cliente !

En admettant qu'on doive ainsi le formuler (et nous avons démontré le contraire), le considérant est gros de conséquences.

La jurisprudence n'a qu'à être ainsi établie, et il sera impossible au médecin, au dentiste de se faire payer des soins quelconques...

S'il guérit, le malade pourra toujours soutenir qu'il n'a pas profité des soins reçus ; s'il meurt, on poursuivra le médecin ou le dentiste pour assassinat.

Docteur Th. David.

Il nous sera permis d'ajouter au concluant exposé ci-dessus qu'en poursuivant cette instance, notre confrère a pris en cette affaire bien plus la défense des intérêts de la profession que celle des siens propres. Il n'a pas obtenu le résultat attendu, parce que les médecins ne sont pas considérés comme gens devant aller en justice.

Nous ne saurions pourtant trop le féliciter de sa courageuse initiative.

P. D.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 15 juin 1887

Présidence de M. Poinsot, président.

LES COURONNES ARTIFICIELLES ET LE TRAVAIL A PONT

Par le Dr R. Knapp, de la Nouvelle-Orléans

Comme nous l'avons déjà dit, la Société d'Odontologie de Paris a eu le 15 juin une séance exceptionnelle : Le docteur Knapp, de passage à Paris, voulait bien nous présenter les spécimens des travaux, pour lesquels les sociétés américaines avaient témoigné

leur admiration en décernant à leur auteur des marques d'estim extraordinaires.

Non seulement M. Knapp présenta ses appareils, mais il expliqua son *modus faciendi* dans tous ses détails techniques.

Cette démonstration avait été faite au commencement de l'année devant le premier district de New-York. Nous en reproduisons le texte d'après le *Dental Cosmos.*

Après avoir parlé du travail à pont en termes généraux, montré ses avantages lorsqu'il est appliqué avec opportunité, exécuté avec une perfection absolue, l'orateur aborde le côté pratique de son sujet.

1° Couronnes uniques. — Une préparation thérapeutique convenable de la racine est le pas initial dans ce genre de travail. C'est de lui que le succès futur dépend en grande partie. Son mportance ne peut être trop appréciée. C'est à la négligence de cette préparation que j'attribue une quantité considérable des insuccès qui se sont produits. En admettant que ce traitement initial ait été convenablement exécuté, la manipulation mécanique de la racine n'exige pas moins d'habileté et de soins sérieux. Avec des roues de corindon convenablement choisies, en les employant à gros grain au commencement, des portions même considérables de couronnes proéminentes seraient rapidement enlevées comme elles peuvent l'être effectivement sur une ligne, ou à peu près près, du bord de la gencive sans le secours de la pince coupante. Avec des ciseaux à émail convenables les parties cervicales de l'émail sont ensuite enlevées de manière à laisser le cément périphérique avec des parois légèrement en biais. Les ajusteurs de racine ou les réducteurs imaginés par M. le Dr R. Walter Starr sont d'une grande utilité pour l'exécution soignée de cette opération. Puis, coupant une bande d'or (gold collars) de S. S. White, à d'une largeur suffisante pour permettre une manipulation facile, une bande est fixée avec des pinces à long bec et des crochets à ressort (modèle Mac Kellops) directement sur la racine. Après que la bande a été pliée et soudée, la jointure et le bord voisin de la gencive soigneusement inclinés, le collier ou anneau ainsi formé est doucement étalé sur le collet de la dent et au-dessous du bord libre de la gencive, mais pas assez loin pour écorcher le tissu conjonctif. Le collier étant alors éloigné, le bord qui touche à la gencive doit être soigneusement limé pour pouvoir être ajusté exactement aux diverses inégalités existant sur les bords du sommet de l'alvéole et de la gencive qui l'entoure. L'autre bord est limé de même pour réduire le collier à la dimension voulue. Un morceau de lame d'or pur doit alors être soudé sur ce dernier bord de façon à transformer le collier en une coiffe pour la racine. Cette coiffe doit porter une ouverture pour laisser passer la tige qu'on fait de la forme la plus convenable au cas particulier; coiffe et tige, main-

tenues ensemble par de la cire, doivent alors être essayées dans la bouche, puis soigneusement enlevées, elles sont entourées de poussière de marbre calciné et de plâtre, et soudées. Une fois placées à nouveau sur la racine, il faut prendre l'empreinte de celle-ci de même que des deux dents voisines.

Une série de petits porte-empreintes en gouttière faits spécialement pour cet ouvrage sera trouvée très propre à prendre les modèles. Le plâtre ou une composition à empreintes peut être employé à cela. Pour s'assurer que la coiffe fixée à la tige est dans sa position convenable pendant l'impression, un plâtre peut être obtenu qui, avec un monle des dents fermées, doit être placé dans un articulateur.

A partir de ce moment, la marche à suivre est différente suivant la nature de la couronne à adapter. S'il s'agit d'une incisive qui doit avoir une façade de porcelaine, une plaque-base-unie, de grosseur, de forme et de nuance convenables, doit être montée avec de l'or pur, mise en position sur la partie antérieure de la coiffe et unie à elle par de la cire adhésive. Un ajustement parfait et définitif quant à l'alignement, la fermeture, la hauteur et le contour doit être obtenu dans la bouche. On doit employer la cire en quantité suffisante pour arranger parfaitement le contour et l'ajustement le plus soigné des faces proximales des dents. On ne saurait attacher trop d'importance à ce dernier point, auquel, je le crains, on n'apporte pas assez d'attention. Cependant toutes les raisons pour y être attentif dans toutes les autres espèces de ce travail ne sont pas moins puissantes ici. Dans ce procédé de l'or pur doit être emp loyé pour envelopper complètement les côtés et la portion incisive de la cire, enfermant les bords du massif et les parties contiguës de la coiffe. Tout doit alors être revêtu, la cire enlevée avec de l'eau bouillante, le séchage produit par une chaleur douce et le talon d'or est coulée. La soudure, de 20 carats, préalablement coupée en petits carrés, est coulée goutte à goutte dans le trou du moule et saupoudrée avec très peu de borax en poudre (On répète cette opération avec la main gauche à mesure que la soudure se fond sous le chalumeau en la tenant de la main droite jusqu'à ce que le moule soit tout à fait plein). Pour exécuter cette opération de la meilleure manière, la flamme du chalumeau doit être tout à fait intense, mais en même temps extraordinairement petite.

Le moule petit et profond formé par la coquille d'or enveloppée dans la matrice de marbre et de plâtre a une très petite ouverture qui rend nécessaire une chaleur intense capable de s'y concentrer et d'une application facile aux cavités les plus reculées du moule qui doit être rempli d'or fondu. Un chalumeau à gaz oxy-hydrogène a donc été construit peur utiliser le gaz oyde nitrenx condensé combiné avec le gaz ordinaire de l'éclairage pour la production d'un mélange qui est conduit à travers un tube mince de caoutchouc d'un huitième de pouce d'ouverture dans un très petit

chalumeau, lequel émet un jet continu de gaz constamment en ignition sous la forme d'un crayon pointu d'environ un demi-pouce de longueur sur un quart de pouce dans sa plus grande largeur. Avec ce chalumeau à la main, la matrice en plâtre peut être rapidement chauffée en faisant jouer le jet de feu sur sa surface jusqu'à ce que la masse soit rouge, quand la pointe de la flamme est lancée dans l'intérieur du moule par de rapides poussées jusqu'à ce que la soudure fonde comme de la cire et remplisse chaque partie du moule d'or liquide. A partir de la première application de la flamme sur la matière préalablement séchée et chauffée, il ne faut ordinairement pas plus de dix minutes pour amener la soudure au point de fusion et compléter la fonte de l'or dans le petit moule. Il semble que c'est par ce moyen seulement que la chaleur voulue peut être obtenue, dirigée et contrôlée avec la sensibilité de l'ajustage pour permettre à la soudure à 22 carats de couler sans fondre cependant le creuset d'or mince qui est à l'intérieur de la matrice. Après le refroidissement, l'enlèvement du revêtement et l'ébullition dans l'acide, la soudure en excès peut le mieux et le plus rapidement être enlevée par une roue de corindon mue par le tour. Il faut avoir soin de ne pas ôter l'or qui forme la jointure latérale et de découper habilement la partie palatine.

Les procédés suivants cependant sont très différents. La configuration parfaite d'une bicuspidée doit être reproduite en cire, en portant une soigneuse attention à l'articulation et à l'ajustement. Dans cet état, la couronne est insérée dans un petit anneau, placé tout d'abord avec de la cire dans la position voulue et fixé alors avec du plâtre.

La partie mise à nu de la couronne et entourant le plâtre doit alors être enduite d'un vernis à la sandaraque et moulée avec de la poussière de marbre et de la glycérine, contenue dans une section annulaire correspondante. On place dessus un tube conique, dans lequel on verse du zinc fondu. Avec le dé ainsi obtenu fig. 29, en reproduisant avec soin les cuspides et rainures naturelles, on peut obtenir avec une lame d'or pur, un contre-moule parfait de la face broyante d'une couronne bicuspide. La cavité palatine de l'empreinte ainsi faite dans la plaque doit alors être remplie avec de la soudure d'or, à 20 carats, après quoi la pièce doit être finie par l'ajustement nécessaire. Il faut avoir soin de laisser la cuspide palatine entière et juste assez de la cuspide buccale ou externe pour la combiner avec la face en porcelaine dans la formation d'une surface fermant convenablement. On doit alors enlever du modèle, suffisamment de cire pour permettre aux tiges d'or préparées de prendre leur propre position et aux faces proximales de rester dans la cire enveloppée alors d'or pur. La portion palatine du collier doit être protégée par une petite bande d'or pur, au titre de 28, large d'un sixième de pouce. Tout est prêt alors à être

revêtu. Après enlèvement de la cire par l'ouverture palatine restante, les parois internes en or sont découvertes. Avec une manipulation soigneuse au moyen de la petite flamme intense de chalumeau mentionnée ci-dessus, une soudure à 20 carats peut y être coulée de manière à faire une masse d'or solide avec laquelle on peut y former sans peine une bicuspidée parfaite.

Dans la construction d'une couronne bicuspide tout en or quelques détails diffèrent de ceux qui viennent d'être donnés. Sur la coiffe on répand quelques boules de cire. Dans cette masse informe on découpe une bicuspidée parfaite. Un dé est alors obtenu, de la façon qui a été indiquée. Une face broyante est engagée dans de l'or pur, et les cuspides sont remplies avec de la soudure à 20 carats, et placées dans la position convenable sur la dent de cire. Un morceau de plaque d'or pur fendu aux bords pour faciliter l'ajustement doit être préparé alors pour couvrir environ les 2[3 de la bordure de cire encore découverte. Après le revêtement et l'enlèvement de la cire par l'eau chaude, une ouverture convenable est laissée pour la soudure. La bicuspidée complète qui en résulte est conforme à la nature.

En découpant les cuspides et les rainures et en modelant autrement les parties en or des couronnes, de petits instruments, tels que roues de corindon et aiguilles variant de grosseur et de finesse, à peine humectés pour assurer l'exactitude et la délicatesse de touche, sont préférables aux limes ou à toute autre espèce d'instruments d'acier. Le lissage et le polissage sont exécutés au moyen de roues de feutre humide, de ponce fine, de silex pulvérisé, de pointes en cuir d'élan avec de la craie, de roues à brosses et de blanc d'Espagne, enfin de rouge.

C'est un point de grande importance que d'apporter beaucoup de soins dans la préparation de l'or employé. Les soudures doivent être uniformes, couler facilement, et être bien conformes en couleur au travail en main. J'ai acquis assez d'expérience en faisant mes propres soudures pour apprécier les préparations convenables, éprouvées et supérieures pour l'or des couronnes fabriquées récemment par la White Dental Manufacturing Company. A cet égard, autant que cela dépend de la nature des dents de porcelaine employées, j'espère qu'on ne considérera pas comme hors de propos de ma part de dire que les soudures fabriquées par la White Denthal Company répondent si pleinement à tous les désirs quant à la forme, la couleur, la force et la résistance à la chaleur exigée en soudant, qu'elles semblent ne rien laisser à désirer.

2° Le système a pont (Bridge-work). — Le système à pont réclame maintenant notre attention. Comme les couronnes sont le commencement et la fin du système à pont, j'indiquerai simplement quelques manières de procéder différentes de celles précédemment mentionnées. Des couronnes sans chevilles doivent être construites spécialement eu égard à la propreté. Dans les cas

où il est admissible de leur permettre de venir en contact avec la gencive, les extrémités cervicales seules en porcelaine doivent rencontrer la gencive et l'or doit se retirer laissant les espaces se nettoyer eux-mêmes. Les plaques bases unies doivent être montées sur de l'or pur et faites dans la forme voulue avec de la cire, qui doit être engagée dans de l'or pur ainsi que cela a été décrit précédemment. Après le revêtement et l'enlèvement ultérieur de la cire, la chambre ainsi obtenue peut facilement être remplie d'une soudure à 20 carats.

Dans la préparation et le percement des racines, on doit avoir grand soin d'avoir les pointes et les coiffes aussi parallèles que possible. Ici, aussi bien qu'ailleurs, un bon jugement est essentiel pour obtenir les meilleures résultats. Pour arriver à l'exactitude, il est essentiel qu'une empreinte soit prise, en plâtre de préférence, des coiffes dans leur position exacte sur leurs racines. Une empreinte doit de même être prise des dents fermées. Les modèles obtenus de ces empreintes doivent alors être placés dans un articulateur comme pour le travail de la plaque et les faces articulées des couronnes de porcelaine doivent être sculptées en cire avec justesse. Au moyen des méthodes précédemment décrites, ces faces fermées sont reproduites en or. Le fonctionnement nécessaire des organes dentaires et l'immunité des faces de porcelaine d'une rupture sont assurés de cette façon. La porcelaine ne doit pas presser la gencive excepté dans la partie antérieure de la bouche où la formation du procès alvéolaire le permet et la perfection de la parole le demande. L'or des faces triturantes doit former une inclinaison graduelle jusqu'à ce qu'il atteigne la porcelaine et doit être entièrement exempt de cavités ou autres irrégularités. Quand elles se produisent, il devient nécessaire d'y remédier aussi bien qu'aux autres défectuosités. Cela doit se faire par le rechauffage soit d'une seule couronne, soit d'une pièce entiàre du pont. Parfois, si cela est nécessaire, de l'or peut être ajouté au moyen du maillet électrique et on obtient alors un beau fini. Dans tous les cas la porcelaine et l'or doivent présenter une parfaite continuité de surface. En portant beaucoup d'attention aux importants détails de construction que j'ai signalés, le grand reproche de malpropreté opposé comme objection à cette méthode de substitution est entièrement écarté. Bien entendu. des dépôts d'aliments et de salive se formeront autour des couronnes artificielles aussi bien qu'autour des dents naturelles, mais la propreté personnelle du porteur est la meilleure et en vérité la seule sauvegarde contre de pareilles accusations injurieuses pour tout dentier. Une philosophie qui condamnerait l'emploi du système à pont, artistement construit sur des principes scientifiques. pour cause de malpropreté, conseillerait conséquemment l'extraction des organes naturels par la raison que leur possesseur est un homme malpropre, « La propreté est voisine de la piété, » dit Wesley et celui qui s'attend à porter une

« couronne » ici-bas ou dans la vie future doit observer cette maxime.

Pour l'attachement de la couronne et du système à pont, il faut employer le meilleur ciment à l'oxyphosphate possible. Après des essais répétés d'un grand nombre, j'ai donné décidément la préférence à la préparation connue sous le nom de dentoplastique pour la raison qu'elle peut être mélangée très épaisse, qu'elle donne en conséquence de la force et qu'elle retient en même temps sa plasticité de façon à permettre une manipulation complète avant le durcissement. Afin de donner suffisamment de temps pour le travail nécessaire, plusieurs ciments doivent être mélangés si clair que cela diminue leur force. Avec la pointe entaillée et la racine parfaitement libre d'humidité, de l'oxhyphosphate en quantité suffisante doit être placé autour de la pointe et à l'intérieur du collier pour remplir complètement tout l'espace entre la pointe et le canal, le collier et la racine. Une pression ferme et bien dirigée doit être exercée pour amener la couronne à sa position convenable où il faut la maintenir pendant quelques minutes pour permettre le durcissement du ciment et tout l'excédent de celui-ci s'échappant par le bord du collier doit être soigneusement enlevé. Avant de congédier le patient il importe de l'avertir d'avoir soin de se garder de soumettre la couroune à un effort quelconque avant quelque temps.

Pour arriver aux meilleurs résultats dans le travail des couronnes et du pont, il est nécessaire d'employer le temps voulu pour donner l'attention convenable aux minutieux détails qui sont indispensables dans une manipulation habile. *Festina lente* — hâte-toi lentement — est une maxime aussi sérieuse maintenant que quand elle a été donnée pour la première fois.

Les opérations dentaires sont, avec une fréquence qu'il faut déplorer, exécutées trop hâtivement et des imperfections en sont les résultats inévitables. C'est une mauvaise excuse que de prétendre que le client ne payera pas. Dans toute localité d'une certaine étendue il y a toujours un certain nombre de personnes qui sont désireuses d'avoir le meilleur travail dentaire et qui veulent le payer. Ce devrait être le but de tout dentiste honorable que de se faire une clientèle dans un tel milieu. Il faut du temps pour acquérir une réputation par des travaux habiles et consciencieux, mais une fois qu'elle est établie, c'est un capital qui rapporte à la fin de gros intérêts et des honneurs mérités. Je crois que le dentiste qui prodigue sans relâche ses plus grands efforts à ses malades et aspire constamment à faire le meilleur travail doit trouver que la difficulté principale est de pouvoir faire face aux demandes qu'on lui fait de ses services.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ART DENTAIRE EN ALLEMAGNE (*Suite*) (1)

Par Ch. Godon

Notre article du mois d'avril sur l'art dentaire en Allemagne nous a valu de la part de nos confrères quelques lettres intéressantes à des titres divers, et de la part d'un journal allemand, *le Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde* une note de rectification de légère importance, comme on le verra plus loin.

Nous allons tâcher de répondre brièvement.

Quelques-uns de nos correspondants s'étonnent que les divers rapports, même les rapports officiels qui ont été faits sur l'exercice de notre art en Allemagne, aient toujours prétendu que notre art y était soumis à une réglementation complète de la part de l'Etat. Je ne puis que confirmer à nouveau ce que j'ai dit précédemment, les rapporteurs en question ont fait erreur, ils ne se sont pas donné la peine de contrôler les renseignements qui leur étaient donnés; l'exercice de l'art dentaire comme de l'art médical du reste est libre en Allemagne, et comme preuve :

Le numéro d'avril 1887 du *Monatsschrist des Vereins Deutscher Zahnkunstler* contient une pétition adressée au mois de mars au Reichstag par la société professionnelle dite : *Central Verein deutscher Zahnartzte*, dans le but de restreindre l'exerciee de l'art dentaire aux dentistes diplômés, c'est-à-dire aux seuls *Zahnarztes.* Ce qui confirme bien ce que nous disions dans notre article, d'une part que l'exercice de l'art dentaire est libre en Allemagne, d'autre part que les Zahnarzte font tous leurs efforts pour faire restreindre ou supprimer cette liberté. Quelques autres parmi nos correspondants nous ont fourni de nouveaux renseignements sur la création et le fonctionnement des sociétés professionnelles en Allemagne.

Il nous paraît intéressant pour nos lecteurs de les résumer.

Les sociétés professionnelles en Allemagne se divisent en trois catégories principales :

1° *Les sociétés de Zahnarzt*, c'est-à-dire composées de dentistes possédant le diplôme d'état;

2° *Les sociétés de Zahnkunstler*, c'est-à-dire composées de dentistes non diplômés;

3° *Les sociétés de dentistes* diplômés en Amérique, D. D. S.

SOCIÉTÉS DE ZAHNARZT

Les sociétés de Zahnarzt sont au nombre de treize environ dont la plus importante est la société centrale des Zahnarzt allemands

(1) Voir l'*Odontologie* n° 1, avril 1887, page 194.

(Central-Verein deutscher Zahnarzt), que nous avons citée plus haut. Elle comprend environ cent quarante membres et a été fondée en 1859. Son président est actuellement M. Sauer de Berlin. Les douze autres sont des associations fondées depuis peu : 1874, 75, 79, 82, 83, 85 et 86. Elles se composent chacune d'un nombre restreint de membres : quinze, douze, dix et même six membres.

SOCIÉTÉS DE ZAHNKUNSTLER

Les sociétés de Zahnkunstler sont au nombre de treize à quatorze également. La plus importante est la société des Zahnkunstler allemands dont le président est M. Hermann de Cologne. Elle comprend trois cents membres environ. Puis celle de Berlin qui comprend quatre-vingt-quatre membres ; les autres comprennent un nombre plus restreint de membres : 45, 40, 30, 20 et même 10.

Comme on le voit, le nombre des membres des sociétés de Zahnkunstler est beaucoup plus grand que celui des sociétés de Zahnarzt.

ASSOCIATION DES DENTISTES DIPLOMÉS EN AMÉRIQUE. (D, D. S.)

Il existe également en Allemagne une association des docteurs en chirurgie dentaire des écoles des Etats-Unis. Cette société, fondée depuis quelques années, comprend environ vingt membres et a pour président le docteur O. Wendler de Francfort-sur-le-Mein.

Je ne parlerai pas des journaux professionnels qui, on le comprendra, pour toutes ces associations sont nombreux. Nous en avons déjà cité deux, nous y ajouterons *le Correspondanz Blatz, fûr Zahnarzte* de Berlin, *le Dental Kalender, le Zahntechnnishte Reform, le Central Batt fur Zahnrarzte*, etc.

Comme on le voit par ces quelques renseignements, il existe en Allemagne de nombreuses sociétés de dentistes dont les intérêts de la profession et les progrès de l'odontologie forment la préoccupation constante. On comprendra facilement que, sous leur impulsion, l'art dentaire ait pris dans ce pays un rapide développement.

L'activité professionnelle qu'elles développent explique les progrès réalisés en Allemagne, depuis quelques années, dans la science et dans la pratique dentaires, progrès qui ont été assez importants pour fixer l'attention des dentistes des autres pays.

Il nous suffira de citer les travaux de Miller, de Berlin, sur l'histologie pathologique des dents, de Weld sur les maladies de la pulpe, de Wetzel, d'Essen, sur le traitement conservateur de la pulpe, de Herbst, de Brême, sur l'aurification par la méthode

rotative, de Telschow, de Berlin, sur les améliorations de notre matériel opératoire, etc.

Il n'est pas jusqu'aux fabriques d'instruments et de matériaux employés en chirurgie ou en prothèse dentaires qui n'aient pris une extension assez grande pour nous inonder de leurs produits et faire une concurrence sensible aux produits français et américains.

De tout cela, il résulte que la vie professionnelle de nos confrères d'Outre-Rhin est très active et donne, depuis ces quelques dernières années, des résultats assez importants pour que nous ayions lieu d'en tenir compte et de suivre attentivement leurs progrès. Ils doivent exciter notre émulation et nous mettre sur nos gardes, afin que nous, qui avons travaillé beaucoup depuis dix ans et sommes arrivés à rattraper les Américains, nous ne nous laissions pas devancer à nouveau par des confrères dont jusqu'alors nous n'avions pas eu et n'avons pas encore à craindre la concurrence.

Mais pour cela, il faudrait que nos confrères français, exerçant en province surtout, concourrent d'une façon plus active au développement de la vie professionnelle en France.

Nous avions essayé, il y a quelques mois, dans ce but, de créer une certaine agitation dans les départements, par notre proposition tendant à la création de groupes régionaux odontologiques. Nous espérions ainsi, par une heureuse décentralisation professionnelle, créer dans les départements des centres d'activité qui eussent été utiles à la marche du progrès en même temps qu'à la défense des intérêts de la profession.

A part quelques efforts isolés, nous avons constaté que cette proposition a eu peu d'écho et n'a donné jusqu'à présent que des résultats négatifs.

Les renseignements que nous donnons sur les sociétés professionnelles en Allemagne, ceux que nous pourrions donner sur les nombreuses sociétés similaires d'Amérique ou d'Angleterre prouvent cependant l'utilité de semblables créations en France.

La loi de Darwin est applicable aux groupements comme aux individus, et les lois de protection que l'on réclame des gouvernements n'empêchent pas que dans la lutte pour la vie le succès n'appartiennne aux plus forts, c'est-à-dire, dans notre domaine, aux plus travailleurs.

Aussi adjurons-nous à nouveau nos confrères de province de se grouper et de travailler en commun en n'abandonnant pas aux sociétés parisiennes, quelque actives et bien intentionnées qu'elles soient, le monopole de la direction et du progrès professionnel en France.

Avant de terminer, un mot pour la rectification du journal allemand dont nous avons parlé au début de cet article.

Le *Deutsche Monatsschrift für Zahnkeilkunde*, l'organe de la

Société centrale des Zahnarzte allemands, dans son numéro de juillet, prétend que nous avons fait erreur en distinguant, en Allemagne, les trois catégories de dentistes suivantes :

1° Les *Zahnarzte*, 2° les *Zahnkunstler*, 3° les *Zahntechniker*.

Il reconnaît qu'il y a, en effet, trois catégories de dentistes, mais ainsi divisées :

1° Les Zahnarzte qui ont subi leur examen et obtenu le diplôme d'état allemand ;

2° Les Dentisten qui ont subi leur examen et obtenu un diplôme à l'étranger ;

3° Les Zahnarbeiter (ouvriers en dentisterie correspondant au terme français de mécaniciens dentistes) qui n'ont subi aucun examen et ne possèdent aucun diplôme reconnu.

Ces derniers s'appellent soit *Zahnkunstler*, soit *Zahntechniker*. Entre ces deux termes, il n'y a devant la loi ni dans le langage aucune différence. Cependant le rédacteur allemand reconnaît que l'on regarde ordinairement les *Zahnkunstler* comme établis ou indépendants, et les *Zahntechniker* comme employés chez les autres dentistes.

Je ne crois pas que la rectification était bien nécessaire. Cependant je suis enchanté qu'elle ait été faite, car puisque l'on n'a trouvé que cela à rectifier, cela prouve l'exactitude des autres renseignements que nous avons fournis sur l'exercice de notre art chez nos voisins d'Outre-Rhin.

LE CONGRÈS DE WASHINGTON

Le Congrès des Etats-Unis a voté 52,000 francs comme subvention pour les frais du Congrès de Washington.

A la dernière réunion du comité exécutif du Congrès, il a été décidé que le montant des cotisations des membres serait réservé à la publication des travaux et que les 10,000 dollars fournis par le gouvernement, ainsi que la plupart des dons individuels ou des sociétés médicales, etc., autant qu'il serait nécessaire, seraient dépensés pour les impressions antérieures à la session, et pour l'installation et l'entretien du Congrès.

(*Progrès médical.*)

Le Dr Frank Abbott est nommé président de la section de microscopie (en ce qui concerne l'odontologie) au Congrès de Washington.

M. le Dr Kuhn, déjà chargé d'une mission du gouvernement aux Etats-Unis pour étudier l'organisation des Ecoles dentaires, a été nommé aussi délégué de l'Association générale des Dentistes de France au Congrès de Washington.

Dans la dernière assemblée de l'Association Médicale, à Chicago, la décision suivante a été prise à l'unanimité :

Il a été résolu que les gradués des écoles et collèges dentaires doivent posséder une certaine instruction générale ou élémentaire et avoir fait, pour la profession dentaire, des études similaires à celles qui, dans ce pays, sont demandées pour les élèves de troisième année en médecine, c'est-à-dire comprenant toutes les branches fondamentales de la médecine, différant seulement en ce que l'instruction de médecine et de chirurgie dentaire est remplacée par celle de la médecine et de la chirurgie clinique : ceux-là seuls doivent être reconnus comme médecins réguliers et admis comme membres de cette association, aux mêmes conditions et règlement.

Cette résolution est claire et catégorique ; sachant cependant que dans l'esprit de certains, il y a encore hésitation relativement aux privilèges réels de stabilité pour les gradués de la classe des collèges dentaires, énoncés dans la Résolution du *neuvième congrès médical international*, on a pensé qu'il était juste de décider que les étudiants de tous les collèges qui remplissent les conditions énoncées dans la résolution ci-dessus sont considérés comme membres de la profession médicale et sont éligibles comme membres de l'association médicale internationale, et étant admis, avoir leur carte de membres du congrès conformément au règlement général, exactement aux mêmes conditions que ceux qui ont leur diplôme (M. D.).

Les dentistes qui ne sont pas gradués, selon la décision ci-dessus, mais qui sont recommandés par des membres du Conseil, peuvent devenir membres de la section et du Congrès si, par invitation, ils y sont autorisés *par le Comité Exécutif*.

Les membres de la XVIIe section ne diffèrent en rien des membres des autres sections du Congrès, jouissent des mêmes droits et privilèges. Sans aucun doute, grand nombre de ceux qui ont reçu avis de leur invitation, y ont complètement droit, conformément aux décisions ci-dessus, que tous soient invités, ceci ne peut être déterminé et est sans importance. Il est à désirer que tous ceux qui ont été choisis comme membres soient présents ; il faut espérer aussi que ceux qui ont été autorisés conformément à la décision deviendront membres, et que ceux qui ne le sont pas encore, mais qui cependant, possèdent des connaissances approfondies, scientifiques et pratiques de dentisterie le deviendront aussi.

Des invitations vont être adressées à tous ceux qui ont fait connaître le désir d'en recevoir une, bien que, pour beaucoup, ce soit une superfétation : il est cependant préférable d'en donner avis.

Prière est adressée à tous ceux qui ne se trouvent pas encore

dans les conditions de la circulaire du Dr F. H. Rehwinkel, relative aux invitations, de vouloir bien s'y conformer dans le plus court délai.

Signé : J. Jaft.

17e section du Congrès médical international.

MÉDECINS ET DENTISTES

On nous communique le texte de la pétition ci-dessous. Nous nous empressons de la faire connaître à nos lecteurs.

Nous regrettons ne pas connaître encore les *témoignages cités, les considérations historiques et critiques, les notes, les documents aunexés,* dont parlent les pétitionnaires.

Il serait intéressant d'apprendre quelles sont les raisons données par nos confrères.

Jusqu'à ces derniers temps ils avaient exposé publiquement les motifs de leurs prétentions et nous en avions eu connaissance par les articles insérés dans les journaux de médecine.

Il en a été autrement cette fois.

Malgré cela, nous ne désespérons pas de pouvoir publier prochainement les arguments appuyant une thèse aussi nuisible aux intérêts généraux, qu'aux intérêts professionnels.

EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

PÉTITION

Adressée à Messieurs les Membres de la Commission parlementaire désignée pour examiner le projet de révision de la loi sur l'exercice de la médecine ;

A Messieurs les Ministres chargés de défendre le projet du Gouvernement.

Les médecins soussignés, adonnés à l'étude et la pratique de stomatologie (maladies de la bouche, profession de dentiste), désirent formuler quelques observations au sujet des projets de lois en préparation sur l'exercice de la médecine, en ce qui concerne la rédaction des articles relatifs à l'exercice de la profession de dentiste.

Ces observations se résument dans les conclusions suivantes ;

1° Les soussignés adoptent d'une manière complète la rédaction de l'article 6 du projet du Gouvernement qui exige, pour l'exercice de la profession de dentiste, le diplôme de docteur en médecine ou celui d'officier de santé au même titre que pour

toute autre spécialité médicale ou chirurgicale, ophtalmologie, dermatologie, otologie, syphiliographie, etc.

2° Ils protestent contre toute mesure tendant à la création d'un diplôme spécial de dentiste, nécessairement inférieur aux précédents, et dès lors incapable de sauvegarder les intérêts moraux et scientifiques de leur spécialité aussi bien que la sécurité des malades.

3° Les soussignés s'appuient, pour soutenir leur opinion, sur des témoignages conformes, consignés ci-après, en même temps que sur des considérations historiques et critiques contenues dans les notes et documents annexés à la présente pétition.

4° Les soussignés se tiennent en outre entièrement à la disposition de MM. les membres de la Commission parlementaire et de MM. les Ministres pour discuter, développer et défendre leur manière de voir. Ont signé :

Les personnes qui exercent en France, exclusivement ou non, la pratique des maladies de la bouche et qui sont pourvues du titre de docteur ou de celui d'officier de santé, sont invitées à prendre connaissance de ce projet de pétition et à le retourner, dans le plus bref délai, avec leur signature, titres et adresse, à l'un des membres du Comité préparatoire dont les noms figurent au bas de la page.

Un Comité préparatoire, chargé de recueillir les adhésions à la présente pétition, et composé ainsi qu'il suit :

MM. les Docteurs : CRUET, *2, rue de la Paix.*
GALIPPE, *67, rue Sainte-Anne.*
MAGITOT, *8, rue des Saint-Pères.*
MOREAU, *23, Boulevard Haussmann.*
PIETKIEWIEZ, *77, boulevard Haussmann.*

PHARMACIENS ET DENTISTES

M. le Dr Menard à émis récemment dans le *Cosmos* (11 juin 1887), l'idée, que la loi devrait stipuler que le pharmacien pourrait exercer concurremment la pharmacie et l'art dentaire.

Nous ne voyons aucune objection à ce que, sous l'empire de la liberté, les pharmaciens exercent notre profession, s'ils s'en sentent capables. Nous en voyons beaucoup à ce qu'il en soit ainsi sous le régime de la réglementation. Surtout si cela créait pour les dentistes des différences d'origine, des études non communes, des examens dissemblables.

Les partisans de la réglementation invoquent qu'en échange de

la charge d'études plus longues, les dentistes auraient pour compensation d'avoir une situation légale, privilégiée en quelque sorte, pour le genre de services qu'ils peuvent rendre. Il n'en serait même plus ainsi avec le projet de M. le Dr Ménard. Le dentiste verrait se hérisser de difficultés l'entrée de la carrière, et une fois engagé on lui susciterait des concurrents d'une autre catégorie que lui, des pseudo-dentistes.

C'est toujours l'illusion de ceux qui connaissent insuffisamment les nécessités d'études de notre profession de croire : qu'elle peut être un adjuvant, qu'on peut l'apprendre en passant qu'on peut l'exercer sans s'y donner tout entier.

L'art dentaire ne comporte pas d'à peu près.

On ne peut le connaître sans l'avoir appris jeune, sans le pratiquer tous les jours.

Si les pharmaciens n'exercent pas l'art dentaire c'est qu'ils n'y sont pas préparés.

Si l'on voulait qu'ils le pratiquent désormais, on ne pourrait en faire une classe spéciale de praticiens ayant des origines, fait des études, suivi des examens différents sous peine d'injustice.

Que dirait-on si le diplôme de dentiste donnait le droit d'exercer la pharmacie sans avoir subi toutes les épreuves exigées des autres citoyens.

Nos confrères enclins à accepter la réglementation voient par cet exemple combien l'intérêt professionnel serait sacrifié le jour où on substituerait au mouvement progressif dont les dentistes ont la direction, l'ingérence gouvernementale.

LA VALEUR DES DIPLOMES, DES EXAMENS D'ÉTAT

M. Lacaze-Duthiers examine dans la *Revue scientifique* la raison d'être de l'enseignement des sciences accessoires dans les écoles de médecine, et à ce sujet il parle de la valeur du baccalaureat comme preuve de savoir :

« Quant aux bacheliers ès lettres, il peut en exister sans doute de
« bien forts en histoire naturelle ; mais j'avouerai n'en pas connaître
« beaucoup parmi ceux que j'ai examinés, tandis que ceux qui ne le
« sont pas abondent.

« Ils ne s'en tiennent pas à ne pas savoir, ils inventent des réponses
« et les débitent avec un aplomb qui mériterait un autre sort qu'une
« réception.

« Je ne puis résister à l'envie de citer un exemple.

« D. — Comment respirent les animaux ?

« R. — Par des poumons, des branchies, des trachées.

« D. — Qu'est-ce qu'une trachée ?

« R. — *Une houppe de petites villosités fixée sur la pointe du nez*
« *des insectes.*

« Ce candidat fut reçu, il avait la moyenne pour le passable — il
« passa.

« Au baccalauréat restreint, nous avons tous eu des réponses ana-
« logues à celles-ci. A propos des dents : elles ont des racines, et un
« dessin au tableau accompagné d'explications reproduisait *uue arbo-*
« *rescence se terminant par un fin chevelu, absolument comme les ra-*
« *cines d'une plante.*

« Dans l'état actuel, il est quelquefois difficile de refuser, avec des
« réponses semblables, des candidats aussi ignorants sur certains
« points, et qui sont relativement bien préparés sur les parties qui
« doivent leur être utiles *dans l'avenir.*

« Ce ne sont pas des connaissances très étendues, approfondies en
« physique, en chimie et en histoire naturelle qu'il faut au futur mé-
« decin, ce sont les principes généraux, ce sont les bases de ces sciences
« qui leur permettront de se guider quand ils auront à classer les pro-
« duits de la matière médicale ou à suivre des cours plus supérieurs
« réellement appropriés aux études médicales ou pharmaceutiques.

« Ce sont ces principes généraux, bases des sciences, qui doivent
« constituer l'éducation même des étudiants, qui, pour cette raison, ne
« doivent pas être enseignés dans les écoles de médecine ou de phar-
« macie.

« *Demander peu et seulement ce qui est nécessaire*, voilà quelle
« devrait être la règle dans les examens des nouveaux baccalauréats,
« mais demander qu'on sache bien les choses utiles indiquées par des
« programmes détaillés et bien faits. »

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

Le système américain de dentisterie en des traités, par divers auteurs, édité par Wilbur F. Litch, S. S. White.

L'art dentaire n'avait pas suscité jusqu'ici une publication d'aussi large envergure. Elle fait honneur au pays où elle est née, à M. Litch qui en a dirigé l'exécution, aux hommes de valeur qui y ont collaboré.

Il n'est pas possible d'apprécier toutes les parties, tous les détails d'un travail encyclopédique de cette importance, à la suite d'une lecture sommaire ; il ne nous est donc permis de juger que ce que nous avons plus particulièrement étudié.

La dentisterie opératoire y est traitée presque toujours supérieurement. L'aurification et le traitement de la carie dentaire, par Jack, est une excellente monographie exposant une pratique éclairée et judicieuse, les procédés les plus récents y sont démontrés. Les deux cents pages qui y sont consacrées mériteraient une publication spéciale.

La méthode de Herbst, par Bodecher, les effets électro-chimi-

ques des obturations dans les dents, par Palmer, les dépôts calcaires des dents, par Harlan, la décoloration des dents et son traitement, par Truman, l'orthodontie, par Guilford, la réimplantation et la transplantation, par G. Weld, etc., etc., sont des petits traités d'une valeur incontestable ; ils montrent l'état de la pratique de notre art dans ce qu'elle a de plus avancé. Il en est de même pour la prothèse dentaire qui occupe la plus grande place du deuxième volume. Le travail à pont, les couronnes artificielles y sont abondamment décrits. Dans cette partie, on peut regretter le peu de place accordée à la restauration faciale et des maxillaires.

Les chapitres les plus neufs et les plus intéressants de l'ouvrage sont, sans contredit, ceux écrits sur la pathologie spéciale. Le microscope a été largement mis à contribution par l'auteur, de belles figures reproduisent ses préparations et font d'une science peu familière à beaucoup d'entre nous un sujet d'étude facile.

Du reste, dans tout l'ouvrage, les éditeurs ont été d'une grande libéralité à l'égard des dessins ; détails anatomiques, instruments, temps d'opération y sont exactement et artistiquement illustrés. Pour une œuvre de ce genre, on ne peut qu'applaudir au luxe et à l'abondance des moyens d'expression.

Les conditions de publication des livres, aux Etats-Unis et en Angleterre, sont autres de ce qu'elles sont en France. Dans ces pays, le livre de science est toujours cher ; par contre, il est d'une perfection d'exécution matérielle qu'on ne peut, avec les prix réduits, atteindre chez nous. Nous avons à nous transformer à cet égard.

En présence d'un ensemble d'un mérite aussi incontestable que l'American System of Dentistry, les critiques de détail sont sans grande importance.

Certains auteurs se sont un peu trop étendus sur le côté historique de leur sujet, on aurait pu alléger l'ouvrage des notions d'anatomie et de pathologie générales qu'on y a fait entrer, quelques chapitres ne sont pas à la hauteur de ceux que nous venons de louer. Malgré cela, l'ensemble est un exposé magistral de l'état de notre science et de notre pratique à la fin du IXe siècle. Quel est le pays, quel est le groupe de praticiens qui ne serait fier de l'avoir produit ?

L'American système de Dentisterie est la résultante d'un demi-siècle de travail en commun. Ses collaborateurs sont innombrables. Ne comprennent-ils pas tous ceux qui dans les sociétés scientifiques, qui dans les journaux professionnels, qui dans les écoles, ont fait connaître quelque chose à leurs confrères.

Les dix ans de préparation que nous avons derrière ne nous permettent pas de prétendre dès maintenant à des publications de ce genre.

Souhaitons qu'elles nous soient bientôt possibles.

Contribution à l'étude de la nécrose du maxillaire inférieur consécutive à l'éruptiou de la dent de sagesse par le Dr L. Calmels.

Les accidents provoqués par les anomalies de la dent de sagesse sont parfois si graves, que leur origine est trop souvent méconnue. Ce n'est que depuis ces dernières années que les chirurgiens et les médecins ont étudié cette partie de la pathologie externe. L'excellente thèse d'agrégation de M. Heydenreich, entre autres, a dirigé l'attention de ce côté, et on a rassemblé dans nos services hospitaliers nombre d'observations montrant la multiplicité des complications, auxquelles elle peut donner lieu.

La thèse du Dr Calmels est une contribution importante pour l'étude du sujet. Il a rassemblé quelques observations typiques de nécrose du maxillaire due à l'évolution vicieuse de la dent de agesse.

Cette thèse montre indirectement combien l'intervention précoce du dentiste est nécessaire, combien d'opérations graves elle épargnerait.

Lorsque la complication s'est produite notre assistance n'est pas aussi sans bénéfice. Qu'on consulte pour cela quelques-unes des observations de M. Calmels.

Observation. — M. L. C.... 22 ans. éprouve depuis six mois des douleurs, des élancements qui l'empêchent de dormir et lui arrachent des cris.

Ces symptômes ont atteint un tel degré d'intensité qu'ils présentent actuellement de la contracture des mâchoirs. Impossible d'obtenir le plus petit écartement des arcades alvéolo-dentaires.

..... Le 20 février, M. Després essaie de vaincre la constriction des mâchoires au moyen de la vis mécanique. Il faut renouveler cet essai plusieurs jours de suite pour arriver à obtenir un dégré d'écartement capable de permettre l'avulsion d'une molaire; simultanément il a été appliqué un vésicatoire sur les points douloureux et alors M. Després a pu arracher la 1re *grosse molaire.* Du 30 février au 15 mars l'état s'améliora..... le malade demanda à sortir le 8 avril 1872.

Le surlendemain 10 avril il se représente à la consultation, il a essayé de travailler. Les douleurs reviennent, le gonflement augmente d'étendue et de volume. La contracture reparaît à l'angle postérieur de la mâchoire inférieure, de nouveaux abcès se forment au lieu et place des anciens. mais cette fois ils ont une marche chronique et deviennent de plus en plus profonds, laissant après eux des fistules qui bientôt arrivent à faire communiquer le foyer de la nécrose avec l'extérieur. Le stylet avait fini par rencontrer le séquestre.

Ce travail nécrosique avait duré depuis son retour à l'hôpital jusqu'au mois de mai suivant, soit une période de treize mois, cet

qui nous permet d'affirmer qu'ici nous avons eu affaire à une nécrose de l'angle du maxillaire, laquelle met quinze mois et plus avant de livrer passage au séquestre.

Le 24 mai 1873, M. Desprès fit une incision, réunit les trois fistules par une couronne de trépan, et il put faire l'extraction du séquestre assez volumineux et l'énucléation de la dent de sagesse avec un davier.

L'os fut ruginé et le malade sortit guéri au bout de deux mois et demi.

Observation. — M..... H... 18 ans, éprouva en 1877, à 15 ans et demi une douleur subite sans cause appréciable, à l'angle externe de la mâchoire. Un mois après, il est conduit à une pharmacie consultante rue Descartes, on lui a donné une pommade jaune qu'il a employée en frictions pendant trois mois sans obtenir d'autre résultat que de voir augmenter son mal.

En février 18 8 il vient, sur les conseils d'un pharmacien, consulter M. Desprès, il entre à l'hôpital.

Le malade n'a pas un très grand degré de constriction de la mâchoire, il peut se nourrir. M. Desprès diagnostique une ostéopériostite. Bientôt on voit survenir à l'angle postérieur de la mâchoire un petit abcès gros comme un pois qui se ferme et se rouvre à deux reprises; le malade se plaint moins de la douleur après l'évacuation du pus. Les deux ouvertures d'abcès que l'on constate sont superficielles. Dès la disparition de la constriction, M. Desprès *enlève la première grosse molaire.* Amélioration notable, le malade va mieux après quelques jours, et fatigué du séjour de l'hôpital, il fait signer sa pancarte et quitte Cochin le 25 mars.

Il retravaille, de nouveaux abcès se produisent. En juillet suivant il rentre à l'hôpital. Les accidents osseux prennent un caractère plus sérieux..... La constriction des arcades alvéolaires augmentent la douleur et les irradiations aussi et ce garçon qui ne dort pas, réclame à grands cris une intervention chirurgicale.

M. Desprès attend que la nécrose soit assez avancée pour permettre l'extraction du séquestre. M. Desprès fera la même opération qu'au même garçon boucher qui fait l'objet de notre première observation.

Nous l'avons en dormant, madame, échappé bellè.

Combien de nos contemporains qui ont été de bonne heure chez le dentiste, lorsqu'ils sentaient les premières douleurs de la poussée de leurs dents de sagesse, pourraient en dire autant. Sans cela quelques-uns d'entre eux seraient devenus l'objet d'observations aussi intéressantes que celles que le docteur Calmels nous a conservées.

Si, pour le malade, il est bon d'aller voir le dentiste aussitôt

que les dents de sagesse provoquent des désordres, il n'est pas moins bon pour le chirurgien de se faire assister d'un praticien. Sans avoir vu le terrain d'opération de M. Desprès, nous pensons que nous aurions pu enlever de la bouche des malheureux dont on nous conte la triste odyssée, autre chose que la première grosse molaire. Combien de fois ne nous a-t-il pas été possible d'enlever, même avec constriction presque complète, une molaire de sagesse, source d'accidents graves, et si dans des cas véritablement exceptionnels, l'avulsion de cette dent est impossible, nous ne croyons pas présomptueux de penser que, dans un cas comme dans l'observation II, nous aurions eu au moins la molaire de douze ans. Si un dentiste avait été aux côtés de l'éminent chirurgien, il aurait pu peu-être lui permettre de laisser pour cette fois, son bistouri et sa gouge au repos.

L'ignorance du malade, le dédain de nos petits services ne persisteront pas éternellement et en attendant cet heureux jour, il sera bon pour tous ceux qui regardent et soignent des mâchoires, de connaître tous les désordres qu'on y observe, M. le docteur Calmels nous en a fait connaître d'exceptionnels.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. P. Dubois

I. — LA VASELINE LIQUIDE COMME EXCIPIENT

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs des avantages de la vaseline liquide comme véhicule de médicaments ; nous empruntons à un travail de M. Bocquillon, présenté à la Société de thérapeutique, quelques formules de médicaments antiseptiques et analgésiques pouvant s'employer en art dentaire dont la vaseline liquide est l'excipient.

Ceux qui ont expérimenté la cocaïne associée à la vaseline liquide comme injections sous-gingivales ont pu se convaincre de son rôle non irritan. En pansements dans les caries compliquées la vaseline liquide est un excellent moyen de porter le médicament actif dans les parties profondes, la forme huileuse facilite le glissement et dans nombre de cas elle est supérieure à l'alcool, l'éther, le chloroforme et autres dissolvants et surtout à l'eau.

Voici ces formules :

Eucalyptol........................	1	partie
Vaseline liquide médicinale..........	4	—
Eucalyptol........................	19	—
Iodoforme........................	1	—
Vaseline liquide médicinale..........	80	—

Iodoforme	1	partie
Vaseline liquide médicinale	99	—
Thymol	1	—
Vaseline liquide médicinale	9	—
Phénol	1	—
Vaseline liquide médicinale	99	—
Iode	2	—
Vaseline liquide médicinale	98	—
Menthal	1	—
Vaseline liquide médicinale	9	—
Eugénal	3	—
Vaseline liquide médicinale	97	—
Salol	1	—
Chloroforme	1	—
Vaseline liquide médicinale	8	—
Solanine	0 05	—
Chloroforme	2 95	—
Vaseline liquide médicinale	7	—

Nous publions cette nomenclature à titre de renseignement. Les proportions ci-dessus sont des quantités minima de médicament actif. On peut en pansements dans les canaux dentaires employer des doses beaucoup plus massives. Si la vaseline liquide dissout peu à froid du médicament qu'on veut employer, on a la ressource en faisant chauffer légèrement le flacon d'obtenir la dissolution désirée. Du reste, quand on emploie les pansements occlusifs, les médicaments peuvent être portés non dissous dans les cavités des dents cariées. Le véhicule n'a pour but que d'agglutiner les cristaux. Pour cela, la vaseline liquide rendra encore de grands services.

II. — LE TRAITEMENT DES ABCÈS ALVÉOLAIRES PAR LES PANSEMENTS A LA DISSOLUTION DE GUTTA PERCHA.

Le *Dental Register* nous fait connaître le procédé suivant :

Aussitôt qu'il y a un abcès de formé, on trouve, si on extrait la dent, que la racine de celle-ci est dépourvue de son périoste où la bourse est attachée. L'objectif est de se débarrasser de l'abcès et de ramener à l'état sain.

Après avoir essayé tous les remèdes recommandés par d'autres et après avoir rencontré des insuccès dans une large proportion, par centaines de cas, j'ai essayé de remplir la totalité de la cavité de l'abcès et du canal de la racine d'une solution de gutta-percha et de chloroforme. Pour obtenir ce résultat, prendre un morceau de gutta-percha ordinaire, le couper en petits fragments et le mettre dans une bouteille contenant du chloroforme en quantité

suffisante pour faire une pâte de la consistance de la crème claire. Nettoyer la chambre pulpaire, le canal de la racine et la cavité de l'abcès complètement en enlevant tout le pus de la bourse et autour des racines. Laver avec un mélange d'alcool et d'eau, en quantités égales ou avec du peroxyde d'hydrogène, sécher aussi parfaitement que possible. Puis à l'aide d'une des petites soies de Donaldson, faites pour le nettoyage des canaux des racines, enveloppée de filaments de coton et trempée dans la solution de gutta-percha, pénétrer dans la chambre pulpaire et dans la racine ou les racines, suivant le cas, en se servant de l'entourage de coton comme d'un piston pour pousser la solution au travers du canal de la racine dans la cavité de l'abcès ; en continuant cette opération jusqu'à ce que la solution apparaisse à l'ouverture du sinus. Si on trouve qu'elle passe trop facilement au travers, placer le doigt sur l'ouverture pour obliger la solution à passer dans toutes les parties autour de la racine où se trouve la bourse, pour l'étrangler de cette façon et prévenir un amas de lymphe qui se décomposerait par la suite en pus. L'abcès est alors détruit. La gutta-percha étant une substance inerte devient enkystée et la nature, ainsi aidée, agit et enferme le sinus; alors on n'a pas plus de crainte que s'il n'y avait jamais eu d'abcès. Ce système a de plus un avantage, pour le patient du moins, l'absence de douleur. J'ai suivi ce mode de traitement depuis 1879 et, autant que je puis le savoir, n'ai pas eu d'insuccès. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas eu, car vous savez tous fort bien que les malades ne rentrent pas toujours chez eux pour s'y enfermer, quel qu'en puisse être notre désir. Dans l'espoir que, quand vous trouverez un abcès qui ne voudra céder à aucun autre traitement, vous essayerez celui-ci et j'aurai accompli mon projet en présentant cette méthode à vos réflexions.

(*Dental Register*).

L'Iodure de Bismuth comme succédané de l'iodoforme. — La *Gazette des Hôpitaux* fait connaître les nouvelles expériences tentées avec l'iodure de bismuth qui aurait, dit M. Chassaignac, tous les avantages de l'iodoforme sans en avoir les inconvénients. Ce sel (oxyiodure ou sans iodure) de bismuth, serait facile à préparer par double décomposition en commençant par faire dissoudre à chaud du sous-nitrate de bismuth dans l'eau acidulée par de l'acide nitrique, puis en y mêlant une solution d'iodure de potassium. Le sel ainsi produit formerait une poudre insoluble dans l'eau, d'une brillante couleur rouge brique, il ne tacherait pas le linge et n'aurait pas d'odeur.

Ce topique jouirait à la fois de propriétés anti-septiques désinfectantes et d'une action stimulante cicatrisante pour les plaies qui en sont recouvertes.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

MISCELLANEA

I. — RESTAURATION ORTHOPÉDIQUE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. Richelot. Notre collègue Routier, chirurgien des hôpitaux, vous a lu dernièrement une observation de *pseudarthrose de la mâchoire inférieure, guérie par l'union des fragments à l'aide d'une cheville en os de veau.*

C'est moi qui suis l'auteur de cette pseudarthrose. L'ensemble de l'observation doit porter le titre suivant : *asymétrie de la face; mastication impossible; attaques d'hystérie; résection orthopédique du maxillaire inférieur.* Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, qui avait de fréquentes attaques d'hystérie, et qui réclamait avec instances mon intervention pour une malformation congénitale des mâchoires. Asymétrie complète de la face : bosse frontale gauche, arcade sourcilière gauche proéminente, etc. Ce qui dominait, c'était la difformité du maxillaire inférieur; la moitié gauche de cet os était déjetée en bas et en dehors et décrivait une courbe notablement plus étendue que celle du côté opposé. Il y avait un défaut de concordance absolue entre les arcades alvéolaires. Les incisives arrivaient au contact, mais un écart considérable séparait les premières molaires gauches, un écart moindre existait à droite. Outre que la face était disgracieuse, la gêne fonctionnelle était considérable et avait augmenté surtout depuis l'âge de 10 ans. Marie T... ne pouvait se servir du côté gauche de sa mâchoire; à droite, elle ne triturait ses aliments que d'une façon très imparfaite, à l'aide d'un appareil prothétique appliqué sur l'arcade dentaire inférieure.

L'âge de la malade et l'étendue de la déformation me défendaient de songer à redresser la mâchoire par des appareils. Je conçus le projet de faire une *résection orthopédique* du maxillaire, c'est-à-dire d'enlever un segment de la moitié gauche de cet os, de remonter les deux fragments et de les unir par la suture, afin de raccourcir cette partie du maxillaire et d'aplatir sa courbure exagérée.

L'opération fut faite le 25 juillet 1886. J'enlevai avec un perforateur et la pince du Liston, environ 2 centimètres du corps de l'os au niveau des petites molaires gauches. Suture avec un gros fil d'argent; coaptation exacte entre le fragment qui porte la canine et celui qui porte la grosse molaire, grâce à l'engrènement de petites saillies osseuses que la pince de Liston a respectées sur la section. L'opération a été faite par la cavité buccale, pour éviter une cicatrice extérieure.

Les suites furent très simples, malgré un petit abcès qui se forma sur le bord inférieur du maxillaire. Mais grâce aux attaques d'hystérie et à l'insubordination de la malade, il n'y eut pas de réunion osseuse. Elle sortit de l'hôpital avec une pseudarthrose.

Deux mois plus tard, M. Routier reçut mon opérée à l'hôpital Laennec, et entreprit de guérir la pseudarthrose. C'est ici que commence la seconde partie de l'observation, celle que M. Routier vous a communiquée.

Notre collègue renonça tout d'abord à tout appareil d'immobilisation pour cette pseudarthrose déjà ancienne, et conçut l'idée d'immobiliser directement les fragments par une cheville d'ivoire; mais, après réflexion, il préféra une cheville d'os de veau récemment tué. Opération le 13 janvier 1887; incision sur le bord inférieur du maxillaire, mise à nu de la pseudarthrose, destruction du tissu fibreux interposé, grattage des fragments, perforation oblique et introduction de la cheville, qui donne une immobilité parfaite. La réunion se fit sans difficulté et la consolidation osseuse ne se fit pas attendre.

Nous avons revu tous deux notre opérée le 12 mars 1887. La consolidation est parfaite; l'asymétrie faciale est corrigée dans une large mesure; bien que les rapports entre les deux arcades alvéolaires ne soient pas anatomiquement exacts, la gêne fonctionnelle a entièrement disparu, Marie T... est enchantée du résultat de l'opération, et n'a plus d'attaque d'hystérie.

Expérience faite, il me semble que ce procédé d'enchevillement mérite d'être choisi à l'avenir pour coapter les fragments du maxillaire inférieur, dans la plupart des cas où leur union directe paraît indiquée; et cela surtout chez les malades indociles. Pour ma part, je suis disposé à y recourir à la première occasion.

En terminant ce rapport et en vous priant d'adresser des félicitations à M. Routier pour l'habileté avec laquelle il a su mener à guérison complète une *pseudarthrose du maxillaire inférieur* dont ma première opération avait été la cause, permettez-moi d'attirer encore votre attention sur l'ensemble de ce fait clinique, dont je ne connais pas d'autre exemple dans les mêmes conditions et sur le succès final d'une *résection orthopédique de la mâchoire* suivie d'une restauration remarquable au point de vue esthétique et d'un rétablissement complet de la fonction.

M. Magitot. — Il y a peu de mâchoires qui soient en discordance absolue, à tel point que les arcades dentaires de l'une, n'aient aucun rapport avec les arcades dentaires de l'autre. Dans le cas particulier, je crois plus volontiers que les rapports de ces arcades, nuls à gauche, étaient plus ou moins normaux à droite.

Dans ces conditions et si l'on considère surtout que le malade dont il s'agit dans là communication de M. Richelot n'avait pas plus de 16 ans, je crois que l'on aurait pu arriver à un résultat satisfaisant avec un appareil.

On ne doit pas oublier, en effet, que le plus grand nombre des déviations des maxillaires peut être réduit par les appareils. Il y a à cet égard un grand nombre de faits démonstratifs :

C'est ainsi, par exemple, que j'ai pu obtenir l'élargissement très notable d'un maxillaire supérieur atrophié, dont les arcades dentaires ne concordaient presque pas avec les arcades correspondantes du maxillaire inférieur.

Tout dernièrement, en Angleterre, on a pu obtenir un résultat très avantageux sur un enfant de 12 ans, atteint d'un abaissement notable du maxillaire inférieur consécutif à une cicatrice vicieuse avec saillie notable des dents inférieures.

On débrida tout d'abord la cicatrice, et ensuite, à l'aide d'un appareil à pression verticale, on peut obtenir la réduction du maxillaire qui reprit sa place habituelle.

M. Richelot. — Je comprends très bien qu'en cas de déviation des

maxillaires, on puisse tout d'abord songer à l'emploi d'appareils orthopédiques ; mais, dans mon cas particulier, la déviation était tellement considérable que l'emploi de ces appareils eût été certainement inefficace.

Société de chirurgie, Bulletin médical.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Robinet qui nous avait fait l'honneur d'accepter la vice-présidence à l'une de nos inaugurations. Une émotion douloureuse saisit de voir un homme de 38 ans, dans toute la puissance d'activite et de travail, disparaître. Il était du nombre des conseillers municipaux qui connaissent notre but et nos efforts et si nous n'avions pas des raisons plus hautes de déplorer sa perte, nous la regretterions encore pour les services qu'il pouvait rendre à notre institution.

Le Directeur de l'école M. le Dr David nous représentait à cette triste cérémonie.

LA CESSION DES CABINETS

Nous empruntons à un utile petit journal paru récemment (*La Petite Gazette*, directeur-propriétaire : Paul Vasseur). les judicieuses réflexions suivantes.

Elles sont d'intérêt général et si elles ont pour résultat de faciliter à quelques-uns de nos jeunes confrères l'établissement, et la retraite à ceux qui la souhaitent, nous ne pourrons que nous en féliciter.

De 1881 à 1887, il a été créé à Paris plus de 90 cabinets alors qu'il n'en a été cédé que 25.

Tous les nouveaux venus réalisent-ils des bénéfices ? Je suis certain du contraire, mais, ce qui n'est pas déniable, c'est que tous vivent.

Aujourd'hui Paris renferme environ 500 Dentistes, disséminés un peu partout, et il me paraît difficile que de nouveaux cabinets puissent être créés.

On dit, il est vrai et avec raison, que la population justifie cet accroissement de Dentistes en se faisant soigner les dents beaucoup plus qu'autrefois c'est possible, c'est même certain ; mais songe-t-on à ce qu'il faut de clients pour alimenter 500 Cabinets ouverts tous les jours, sans compter les nombreux opérateurs et mécaniciens qui reçoivent la clientèle le dimanche ou vont la soigner à domicile.

Quel que soit le mérite personnel de celui qui fonde, il lui faut subir les lenteurs inévitables en pareille circonstance et connaître les déboires, souvent pénibles, des commencements. La clientèle est longue à venir et il s'écoule des années avant qu'elle produise des bénéfices Ces années sont du temps perdu qui serait bien mieux employé dans un cabinet possédant une clientèle et dont le prix serait payé en peu de temps.

Le moment n'est-il pas venu où une entente doit se faire entre les intéressés sur le terrain des concessions réciproques ?

. . . .

Au moyen des anciennes bases on arrivait à faire atteindre aux cabinets le prix de charges privilégiées. C'est qu'alors, en effet, l'exercice de la profession était aux mains d'un petit nombre, tandis qu'à présent, la quantité de Dentistes s'est accrue dans des proportions si considérables que les acheteurs ont toute raison de craindre la concurrence dont les vendeurs auront pu ne pas s'apercevoir.

La transmission de la clientèle, malgré tous les soins dont on l'entourera, ne s'opèrera certainement pas sans perte pour le successeur, alors qu'autrefois, la clientèle était plus stable, moins sollicitée et restait plus fidele.

J'estime que ce sont là des considérations qui ne peuvent être passées sous silence, et qu'il est grand temps de modifier l'usage antique qui consistait à taxer le prix d'un cabinet sur le produit de deux années d'affaires ou trois années de bénéfices nets.

La détermination d'un prix d'achat dépend surtout des conditions suivantes : chiffre d'affaires, genre de clientèle, situation, ancienneté, accointances du cabinet, frais généraux, honoraires, bénéfices, profits et pertes et enfin personnalité du titulaire.

Une clientèle n'est jamais qu'une chose éphémère qui peut s'évanouir sans raison d'un moment à l'autre ; sa valeur réside le plus souvent dans la valeur de l'homme qui l'exploite ; lui disparu, qui peut dire ce que deviendra son œuvre ?

Les vendeurs ne manquent jamais de dire que leur successeur fera plus et mieux qu'eux mais cet argument n'a qu'une valeur secondaire car l'amélioration ou l'augmentation qui sera du fait du successeur sera son apport dans le cabinet et ne peut consituer un avantage au bénéfice du vendeur.

Je dis donc que la détermination du prix d'un cabinet dépend d'une foule de circonstances et que c'est seulement après un examen approfondi, qu'il est possible de fixer un chiffre et non pas d'après les usages d'un autre temps.

J'ai la conviction que si chacune des parties se rendait exactement compte de son véritable intérêt, on ne tarderait pas à voir le nombre des transactions augmenter et celui des créations diminuer ; les vendeurs encaisseraient évidemment moins d'argent comptant, mais la pléiade de jeunes gens qui reçoivent dans nos Ecoles dentaires, si justement renommées, une solide instruction théorique et pratique, fournirait d'excellents successeurs, au lieu d'en faire des concurrents qui amèneront fatalement, dans un temps plus ou moins rapproché, une notable diminution dans les honoraires qui sont, aujourd'hui, des plus rémunérateurs.

Que les intéressés méditent ces lignes et ils reconnaîtront certainement la justesse des faits allégués.

L'intérêt général doit tout dominer, et il faut avoir le courage quelque peu audacieux, de dire ouvertement toute sa pensée, dût cet aveu nuire à l'intérêt particulier.

P. Vasseur.

CONCOURS

Pour trois places de chefs de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris

Art. 1er. — Le conseil de direction décide l'ouverture d'un concours pour la nomination de deux chefs de clinique.

Art. 2. — Ce concours aura lieu le 3e dimanche d'octobre.

Art. 3. — JURY. Le jury du concours se composera de cinq membres : Le directeur de l'Ecole, un membre du conseil de direction et trois professeurs.

Art. 4. — EPREUVES. Le concours se composera :

1° D'une épreuve écrite sur un sujet de pathologie dentaire, tiré au sort, à traiter en trois heures, sans s'aider de livres ou de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury.

2° D'épreuves cliniques comprenant :

A. Une leçon orale sur un malade. Le candidat aura un quart d'heure pour faire l'examen du malade, en présence d'un membre du jury, et un quart d'heure pour exposer les résultats de son examen (étiologie, diagnostic, marche, pronostic, indications thérapeutiques).

B. Une épreuve pratique : l'exécution sur le malade d'une opération indiquée par le jury et pouvant s'exécuter séance tenante.

Art. 5. — CLASSEMENT. Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum est :

Pour la composition écrite, 30 points ;

Pour les épreuves cliniques, leçon orale, 20 points ;

Pour les épreuves cliniques, épreuve pratique, 20 points ;

Pour les titres des candidats, 30 points.

A la fin de chaque séance, le jury annonce le nombre de points obtenus par le candidat.

Art. 6. — TITRES DES CANDIDATS. Le jury tiendra compte des titres des candidats dans les conditions suivantes :

Diplôme d'une Ecole dentaire, française ou étrangère ; grade en médecine de faculté française ou étrangère ; grade en science ou en pharmacie de faculté française ou étrangère ;

Démonstrateur d'une Ecole dentaire, française ou étrangère ; durée de la fonction ;

Chef de clinique d'une Ecole dentaire, française ou étrangère ; durée de la fonction ;

Travaux scientifiques.

Les points attribués aux candidats pour ses titres devront être fixés dès le début de l'examen, avant la première épreuve.

Art. 7. — NOMINATION. La nomination sera proclamée par le conseil de direction de l'Ecole qui se prononcera d'après le rapport adressé par le jury du concours.

Art. 8. — CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ :

Etre âgé de vingt-cinq ans au moins ;

Avoir obtenu au plus tard l'année précédant le concours le diplôme dentaire ;

Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ;

Avoir fait acte de candidature, deux jours au moins avant l'ouverture du concours, par une demande écrite contenant l'énumération des titres et des qualités, ainsi que l'obligation de satisfaire aux enga-

gements présents, accompagnée des pièces justificatives des conditions d'admissibilité.

Art. 9. — FONCTIONS.

Le chef de clinique est de service un jour par semaine à la clinique de l'Ecole ou Hôpital dentaire, sous la direction et la responsabilité du professeur de clinique.

Il conduit et dirige les opérations; il reçoit les malades nouveaux, les examine, établit, en présence des élèves de service : l'étiologie, le diagnostic, la marche, le pronostic et les indications thérapeutiques de l'affection dont ils sont atteints; fait faire par les élèves les opérations qui doivent s'exécuter de suite; quant aux autres, donne pour le traitement le malade aux étudiants de service.

Les chefs de clinique doivent être à la disposition de l'Ecole pendant une durée de trois ans.

Ils ne reçoivent aucune indemnité.

Au bout de trois ans de service effectif, le conseil de direction de l'Ecole peut charger un plus jeune de leur fonction, mais ils n'en conservent pas moins le titre.

Le conseil de direction tient compte dans les concours pour la nomination des professeurs suppléants des fonctions de chef de clinique et de leur durée.

DÉMONSTRATEURS DE LA CLINIQUE

Les démonstrateurs sont nommés pour deux ans par le conseil de direction, à la suite d'un concours sur titres.

AVIS

L'Administration du journal fera toucher par la poste les abonnements échus du 8 au 15 Août.

Il est rendu compte de tout ouvrage intéressant l'Art Dentaire dont on fait remettre deux exemplaires au bureau du journal.

Nous rappelons à Messieurs les membres de l'Association générale des dentistes de France, qu'en vertu de l'article 8 des statuts, la cotisation annuelle est payable par semestre et d'avance.

Les membres en retard sont priés d'adresser, le plus tôt possible, le montant de leurs cotisations à M. Papot, sous-trésorier, 23, rue Richer, à Paris.

MM. les Sociétaires sont informés, qu'à l'avenir, la Société Générale sera chargée des encaissements pour Paris et toutes les villes où elle a des succursales. Les quittances seront présentées pour le 1er semestre dans les premiers jours de Février et pour le 2e semestre dans les premiers jours d'Août.

Les demandes de renseignements doivent être accompagnées d'un timbre pour la réponse.

Vol. 7. Paris, Août 1887. N° 8

L'ODONTOLOGIE

LA STOMATITE APHTEUSE ET SON ORIGINE

Par le Dr Th. David,

Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris

Communication au Congrès international des Sciences médicales de Washington.

La Stomatite aphteuse de l'homme n'est pas une simple lésion locale, mais bien une affection générale, une espèce de fièvre éruptive dont on a observé un certain nombre d'épidémies. Son entité consiste dans un état fébrile initial. pendant deux ou trois jours, suivi d'une éruption vésiculeuse sur divers points de la muqueuse buccale, plus rarement ailleurs. La maladie dure en moyenne sept à huit jours. Quelquefois l'éruption prend un caractère de gravité, mortelle même, soit par des accidents locaux qui la rapprochent de la diphtérie ou de la gangrène, soit parce qu'elle atteint les voies digestives et provoque des phénomènes gastro-intestinaux (phénomènes typhoïdiques, diarrhée, vomissements, etc.)

Dans quelques espèces animales, et surtout chez les bovidés, il existe une maladie, également épidémique, la cocotte bovine ou la fièvre aphteuse. Comme la stomatite de l'homme, elle est constituée par une fièvre initiale de deux à trois jours, à laquelle succède une éruption vésiculeuse dans la partie antérieure de la bouche, fréquemment aux pieds, plus rarement aux mamelles; elle est sujette aux mêmes complications gastro-intestinales.

Il résulte de cette comparaison que la stomatite aphteuse de l'homme est analogue, identique à la fièvre aphteuse des animaux.

Quelle est la nature de la maladie? Tout porte à croire que c'est une maladie générale infectieuse dont la localisation buccale ou pédieuse constituerait une phase critique, correspondant à l'élimination du germe, probablement un parasite.

L'agent pathogène réside dans la sérosité des vésicules, les sécrétions, le mucus des ulcérations. On pense qu'il est également contenu dans le sang, le lait ; mais on n'a encore trouvé d'altérations que dans ce dernier liquide, et à la suite d'éruption mammaire.

Quel est cet agent ? Dans les recherches faites, on a trouvé l'Oidium albican, certains coccus ; on a même décrit le Tilletia aphtoïdès ; le microbe spécial ne paraît pas être encore définitivement connu.

Quelle est l'origine de la maladie ? D'après Hadinger, le parasite proviendrait d'une altération des fourrages, notamment du trèfle. Il atteindrait tout d'abord les animaux, et, par contagion, passerait de ceux-ci à l'homme.

La contagion est prouvée par des faits nombreux et authentiques :

a. Faits isolés de transmission à l'homme, par ingestion de lait non bouilli, le contact, l'inoculation directe de matières contaminées.

b. Epidémies de stomatite aphteuse coïncidant avec des épizooties de fièvre aphteuse.

c. Transmission expérimentale à l'homme par ingestion du lait d'animaux malades (faits d'Hartwig, Mann, Villain).

d. Transmission de l'homme aux animaux (fait d'Andreae).

Il n'y a donc pas de doute : la stomatite aphteuse de l'homme n'est que la fièvre aphteuse transmise des animaux.

Conclusion. Il convient d'attirer sur ce point l'attention des gouvernements et de les inviter à prendre les mesures nécessaires pour qu'il ne soit pas livré à la consommation du lait provenant d'animaux atteints de fièvre aphteuse.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE

PROGRAMME, PROCÉDÉS ET MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT

Communication adressée au Congrès Médical international de Washington (Septembre 1887)

Par CH. GODON

Secrétaire Général de l'Association Générale des Dentistes de France
Sous-Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris

INTRODUCTION

La réforme de l'art dentaire s'est, plus particulièrement depuis ces dix dernières années, imposée à l'étude des membres les plus autorisés du corps professionnel des divers pays d'Europe,

et, par suite, a appelé l'attention de leurs gouvernements respectifs.

Dans plusieurs pays même, des mesures législatives ont été mises à l'étude ou sont déjà entrées en vigueur (France, Belgique, Suisse, Russie).

Parmi les questions qu'a soulevées ce mouvement de réforme, une des plus importantes, selon nous, pour l'avenir de notre profession et l'intérêt général du public, est celle qui concerne l'enseignement de l'art dentaire ou, pour préciser davantage, le programme et les procédés d'enseignement de l'art dentaire.

On comprend combien la solution adoptée est appelée à exercer d'influence sur les prochaines générations de dentistes et sur la marche de l'art dentaire. Aussi est-il utile qu'elle soit étudiée avec toute l'attention nécessaire et qu'il ne soit pris de décision, surtout si elle doit avoir force de loi, qu'après en avoir apprécié toutes les conséquences et avoir pris l'avis des principaux représentants de la profession.

Il nous a donc semblé que la grande réunion scientifique dont le congrès international tenu cette année à Washington était le prétexte, la part importante que devait y avoir l'Odontologie dans le pays qui a tant contribué à son développement, la présence des dentistes les plus connus et les plus autorisés des Etats-Unis et de l'étranger, constituaient une excellente occasion pouvant permettre de soulever avec avantage cette intéressante question et de provoquer même, après une discussion compétente, le vote d'un vœu pour la solution la plus rationnelle et la plus favorable au développement progressif de notre art, vœu dont pourraient s'inspirer les divers gouvernements incités à intervenir.

La part que nous avons prise au mouvement de réforme de notre art en France, à la fondation de l'Ecole dentaire de Paris et à sa direction depuis bientôt dix ans, nous a permis d'acquérir une certaine expérience en ces matières pour nous permettre de traiter cette question.

Des circonstances indépendantes de notre volonté nous ayant empêché de venir prendre part, comme nous l'avions espéré, aux travaux du congrès, nous avons prié notre collègue et ami M. Dubois de présenter pour nous ce mémoire, et d'en défendre les conclusions. Sa collaboration importante dans la campagne menée par notre groupe en France, depuis 1879, pour le relèvement moral et scientifique de notre art par l'enseignement professionnel, nous est un sûr garant que la cause gagnera à être défendue par un membre aussi convaincu qu'autorisé.

Considérations générales

Pour déterminer ce que doit être l'enseignement de l'art dentaire, son étendue, ses limites, il est nécessaire de fixer d'une façon

précise le rôle du dentiste moderne, la limite de sa compétence, de ses fonctions telles que l'ont faites le développement et les exigences de la civilisation.

Les différentes polémiques provoquées par les discussions sur les conditions d'exercice de la profession de dentiste, ont amené quelques personnalités très éminentes, mais imparfaitement renseignées sur la question à donner de notre rôle des définitions qui peuvent se résumer ainsi :

« *Le dentiste est le medecin chargé du traitement des affections de la bouche et de ses dépendances.* » Il suffit de préciser cette définition pour montrer combien elle est inexacte. En effet, comme le disait M. le professeur Pillette, à la séance d'inauguration de l'École dentaire de Paris (novembre 1881), la bouche contient les lèvres, les joues, la langue, les amygdales et les dents ; par ses dépendances, on entend probablement les glandes salivaires, le pharynx, le larynx, l'œsophage, etc.

Or, nous le demandons aux praticiens de tous les pays, quel est le dentiste qui considère son rôle comme aussi étendu ? Quel est le praticien qui se permet de soigner les affections de ces divers organes, et surtout dans quelles villes, dans quel pays se trouve-t-il un public venant consulter le dentiste à ce sujet?

On a voulu, comme disait le professeur P. Bert (1), « *exagérer notre rôle pour mieux nous combattre, nous couvrir de fleurs pour nous mener à l'autel* ».

Plus modeste, quoique non moins utile, est notre rôle.

Le dentiste moderne a pour toute fonction *la surveillance, la conservation et la restauration du système dentaire pour lui permettre de remplir toujours, d'une façon normale, son rôle physiologique.*

Pour cela, 1° *il soigne, par une thérapeutique spéciale les différentes affections des dents* ;

2° *Il restaure, par des procédés mécaniques, les destructions partielles ou totales des dents ou du système dentaire ;*

3° *Il soigne les complications de voisinage que peuvent déterminer les affections dentaires, pourvu qu'elles n'affectent pas un caractère spécial de gravité.*

Cette définition nous paraît être actuellement beaucoup plus exacte que la première et exprimer plus fidèlement ce que tous nos confrères sont appelés à faire journellement, ce que le public vient quotidiennement réclamer d'eux.

Complétons cette définition :

1° Soigner, par une thérapeutique spéciale, les altérations du système dentaire.

---

(1) Séance d'inauguration de l'Ecole Dentaire de Paris, novembre 1884.

C'est à-dire soigner la carie dentaire, les affections de la pulpe et du périoste dentaire par le traitement conservateur ou par l'extraction, etc.

2° *Restaurer, par des procédés mécaniques* :

a. *Les altérations ou destructions partielles ou totales des dents.*

C'est-à-dire, pratiquer l'obturation au ciment, à l'amalgame, l'aurification des cavités causées par la carie dentaire.

b. *Les altérations ou destructions partielles ou totales du système dentaire.*

C'est-à-dire pour remplacer les dents naturelles, détruites ou extraites, exécuter et poser des dents artificielles, à l'aide d'appareils prothétiques construits en différentes matières, telles que l'or, le platine, le caoutchouc vulcanisé, le celluloïd, etc. ;

Redresser les dents irrégulièrement placées à l'aide d'appareils spéciaux confectionnés également en ces mêmes matières, etc.

3° *Soigner les complications de voisinage que déterminent les affections dentaires, pourvu qu'elles n'affectent pas un caractère spécial de gravité.*

C'est-à-dire soigner les abcès ou kystes provoqués dans les alvéoles ou le corps des maxillaires par des affections des organes dentaires ; les différentes inflammations des gencives, tartriques ou professionnelles, les quelques ulcérations, provoquées par la présence de racines ou de dents cariées, sur la langue ou les joues ; nous disons : *pourvu qu'elles n'affectent pas un caractère spécial de gravité*, et nous l'expliquons. Nous fixons ainsi la limite, c'est-à dire que ces complications sont de notre domaine, tant que la disparition de la cause qui les a provoquées et un traitement local suffisent pour les guérir ; mais, dans tous les autres cas, elles sont du domaine de la médecine générale.

Quoique nous soyons forcés de nous tenir dans les généralités, il nous semble que toutes les opérations du ressort de l'art dentaire sont suffisamment indiquées dans cette définition et qu'elles prennent toutes leur place dans le cadre d'une des trois divisions que nous avons établies.

A peine serait-il bon d'y ajouter, pour être complets, les appareils prothétiques pour certaines restaurations buccales ou faciales pour lesquels les chirurgiens viennent réclamer le concours des dentistes, mieux préparés pour leur exécution.

Voici, ainsi déterminée, toute la fonction que remplit actuellement le dentiste et qui lui vaut, lorsqu'il y met le zèle et la compétence nécessaires, la reconnaissance de sa clientèle et l'estime de ses confrères.

Nous croyons ce programme, quelque modeste qu'il puisse paraître, suffisamment étendu pour suffire à remplir honorablement

une carrière et à dépenser l'activité d'un homme. Son étude exige un certain temps, des aptitudes spéciales, et offre des difficultés égales et même supérieures à bien des professions.

Tout en faisant honnêtement sa fonction, consacrant le temps nécessaire aux soins de sa clientèle, le praticien sérieux peut y trouver encore de quoi satisfaire ses aspirations intellectuelles et ses aptitudes propres, et concourir au progrès général en se livrant à des études ou à des recherches des plus intéressantes sur des points ignorés ou mal connus de la science ou de l'art dentaire, comme le prouvent les comptes rendus de nos Sociétés odontologiques. Nous ne croyons donc pas utile, pour justifier certaines théories, certains desiderata très honorables, mais peu pratiques, d'étendre ce programme en y joignant toutes les affections de la bouche et de ses dépendances, dans le but de faire du dentiste un médecin spécialiste de la bouche, un « *stomatologiste* », comme le nommait récemment certaine pétition (1) et comme le voudraient certains médecins, qui croient ainsi relever la profession du discrédit qui la frappe. Ils oublient que pour qu'une fonction soit honorable, il suffit qu'elle soit utile à la société et honorablement remplie.

Or, dans les limites que l'usage et la pratique lui ont assignées dans la généralité des pays, notre art est utile, et ceux qui l'exercent sont honorés quand ils en sont dignes.

Mais dans ces limites, on ne peut vraiment considérer notre art comme une spécialité de la médecine générale au sens que l'on veut donner à ce mot. On ne peut le comparer à l'ophtalmologie, à l'otologie, à la laryngologie, à la gynécologie, etc. Sa pathologie et sa thérapeutique restreintes, autant que l'étendue et la composition de sa technique propre, le différencient assez pour en faire un art spécial ayant de nombreux points de rapport avec les sciences en général, les sciences médicales en particulier, mais en ayant également d'autres avec des arts nombreux. Il doit donc constituer une profession indépendante de l'art médical, au moins au point de vue de l'exercice et surtout de l'enseignement comme la pharmacie ou l'art vétérinaire, par exemple.

Par conséquent, par suite des considérations qui précèdent, le programme d'enseignement de l'art dentaire doit être, à notre avis, un programme spécial et contenir l'ensemble des connaissances composant la science dentaire et la série d'exercices pratiques devant rendre apte à exécuter les diverses opérations composant l'art dentaire que nous venons d'énumérer.

Si l'on examine attentivement le programme que nous avons tracé plus haut du rôle du dentiste, on remarque combien la médecine proprement dite tient une place restreinte ; l'art, au véritable sens du mot, y occupe la place prépondérante ; comment en-

---

(1) Voir l'*Odontologie*, — numéro de juillet.

fin, alors que le médecin ne fait qu'examiner le malade, reconnaître la maladie, ordonner le traitement, le dentiste doit exécuter l'opération, la restauration lui-même, et que, s'il est quelque peu *thérapeute*, il doit être encore plus *habile artiste* et même *ouvrier de talent*. (Que ceux de mes confrères qui s'en trouveraient choqués me pardonnent l'expression, si tant est qu'elle demande à être excusée).

Aussi, s'inspirant des considérations précédentes, le programme devra avoir en vue de développer l'habileté manuelle du candidat. Il faudra donc nécessairement que se soit avant tout un *enseignement pratique*. De même que c'est en forgeant qu'on devient forgeron, en art dentaire on apprend à obturer ou à aurifier les dents en les obturant ou les aurifiant.

L'étudiant dentiste devra donc : 1° apprendre à soigner ou extraire, restaurer ou remplacer les dents, en les soignant, les extrayant, les restaurant et les remplaçant suivant les divers procédés et méthodes employés, et cela sur les malades et non sur des cadavres comme l'indiquent quelques programmes d'examens d'état (Examen d'état en Belgique et Rapport Lefort en France(1). Cela constitue une des parties de l'enseignement pratique, enseignement clinique, l'étude pratique de la *dentisterie opératoire* (2).

L'étudiant doit également apprendre la fabrication des appareils de dents artificielles, de redressement, de restauration buccales ou faciales, tout ce qui constitue enfin la *prothèse dentaire*.

C'est encore un enseignement pratique qui est nécessaire, enseignement de laboratoire, et qui, plus encore que le précédent, exige de l'étudiant de l'habileté et du goût.

On a prétendu, il est vrai, qu'il n'était pas utile pour le dentiste d'apprendre cette partie de son art, qu'elle pouvait être laissée à une classe inférieure d'ouvriers qui en auraient fait leur occupation exclusive. Ceux qui défendent cette solution sont, il est inutile de le dire, les partisans de l'assimilation de l'art dentaire à l'art médical. Pour justifier leur théorie ils ont dû amputer l'art dentaire de sa partie presque la plus importante. D'après eux, le dentiste, devenu le médecin de la bouche, ne devrait pas plus faire les appareils prothétiques que le médecin ordinaire ne fait les différents appareils orthopédiques qu'il ordonne.

Cet argument a contre lui, comme nous l'avons déjà démontré, dans le même ordre d'idées, l'usage et la pratique de tous les pays ce qui pourrait suffire. Nous ajouterons cependant les arguments suivants :

Tous les praticiens savent par expérience que pour bien comprendre, faire exécuter, rectifier et placer un appareil de prothèse,

---

(1) Voir l'*Odontologie*, années 1881 et 1883.

(2) Nous préférons ce mot, quoique d'origine américaine à celui de chirurgie dentaire qu'emploient les auteurs français et anglais.

il faut pouvoir l'exécuter soi-même. Il y a là, une partie importante de la construction de l'appareil, qui est faite sur le malade, telles que la préparation des dents ou de la bouche, l'empreinte, l'articulation, l'essayage, l'ajustage, la pose, etc.; ces diverses opérations nécessitent la connaissance de la prothèse.

Enfin si un certain nombre de dentistes des grands centres peuvent occuper un ou plusieurs ouvriers mécaniciens, la grande majorité des praticiens, par suite du chiffre restreint de leur clientèle, sont obligés de s'en passer et d'exécuter leurs appareils eux-mêmes. Pour la bonne exécution de l'appareil, il y a du reste avantage à ce qu'il en soit ainsi, car le dentiste qui a soigné le malade, examiné la bouche, se rend mieux compte de ce qu'il faut faire, que l'aide à qui il serait obligé de transmettre ses ordres.

Ces vérités sont d'ailleurs admises sans conteste par la grande majorité des praticiens.

L'enseignement pratique de la prothèse doit donc faire partie du programme au même titre que celui de la dentisterie opératoire.

Mais quels que soient les avantages incontestables de l'enseignement pratique pour l'étude de la profession qui nous occupe, il faut évidemment qu'il soit complété par un enseignement théorique, qui le commente, l'explique et permette de comparer et de juger les procédés et les méthodes.

Cet enseignement théorique devra donc contenir des cours sur les diverses sciences qui ont leurs applications en art dentaire:

L'anatomie, la physiologie et la pathologie de la bouche et des dents, la thérapeuthique et la matière médicale dans leurs applications à l'art dentaire, la physique, la mécanique, la chimie, la métallurgie appliquées et la prothèse.

Mais il ne devra pas se borner à l'étude même approfondie des applications, il faut nécessairement qu'elle soit précédée, pour les sciences médicales, de leur étude d'une façon plus rapide qu'on ne le fait en médecine, mais pourtant de manière à en avoir des notions générales et à en connaître les grandes lois.

Il en doit être de même pour les sciences accessoires, c'est-à-dire pour la physique, la mécanique, la chimie, l'histoire naturelle, qui viendront former ainsi le début de cet enseignement théorique.

Le développement du programme de l'enseignement théorique nécessite alors de la part de l'étudiant un certain degré d'instruction préliminaire. Cet enseignement préparatoire devra être assez étendu pour permettre à l'étudiant de comprendre et de s'assimiler facilement l'enseignement, mais il ne devra pas l'être assez pour l'empêcher de commencer de bonne heure, vers seize ans au plus tard, l'étude pratique de la prothèse dentaire par laquelle il est bon de débuter dans la profession afin d'acquérir et de développer l'habileté manuelle.

Ainsi donc, pour nous résumer, le programme d'enseignement de l'art dentaire devra comprendre deux parties distinctes :

1° Un enseignement pratique comprenant : { La prothèse dentaire (*au laboratoire*). La dentisterie opératoire (*à la clinique*).

2° Un enseignement théorique comprenant des cours spéciaux sur : { 1° Les sciences accessoires; 2° Les sciences médicales, 3° Les sciences appliquées en art dentaire.

L'enseignement pratique et théorique peuvent être donnés simultanément.

Ce programme devra, pour lui servir d'introduction, être précédé d'un enseignement préparatoire tel qu'on le donne dans les lycées et collèges des divers pays et notamment en France sous le nom d'enseignement secondaire spécial limité à seize ans par exemple. Ce programme ainsi indiqué répond au plan que nous nous sommes tracé, celui de faire des praticiens suffisants. Il n'est et ne peut être qu'un minimum établi en tenant compte des nécessités actuelles de la vie ; le temps comme les dépenses qu'exigent son étude devant être limités de telle sorte que ces considérations ne soient aussi peu que possible une cause d'exclusion pour les candidats et pour le public une cause de surélévation des honoraires.

Nous allons maintenant déterminer d'une manière plus précise les matières composant ce programme et indiquer les méthodes et procédés d'enseignement ainsi que le mode d'application.

(*A suivre.*)

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE ENQUÊTE INTERNATIONALE SUR L'ÉTAT

DU SYSTÈME DENTAIRE CHEZ LES DIFFÉRENTS PEUPLES

Par M. P. Dubois

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication au Congrès international des sciences médicales de Washington.

Il est du rôle de ce Congrès international de poser les bases d'une étude d'ensemble sur le système dentaire chez les différents peuples.

Il n'est pas nécessaire d'insister devant cet auditoire sur l'importance capitale de cette étude. Connaître les caractères distinctifs des dents chez les différents groupes humains c'est aider à la connaissance de l'homme, c'est aider à discerner le rôle et l'importance des facteurs qui l'influencent : germe, sol, eau, climat, alimentation solide et liquide, éducation, hygiène, maladies, etc.,

C'est encore donner une base rationnelle à notre pratique. Que d'éclaircissements sur l'étiologie, la thérapeutique et l'hygiène dentaires résulteraient de l'enquête à laquelle nous convions nos confrères !

La spécialisation doit avoir pour conséquence non seulement une pratique plus habile, mieux éclairée, mais aussi des contributions à la science générale, contributions que ne pourraient apporter ceux qui n'ont pu approfondir l'objet de la spécialité.

La connaissance approfondie du système dentaire est si essentielle pour la science de l'homme qu'un de ses fondateurs, mon illustre compatriote Broca, avait rédigé, il y a plusieurs années, un appendice (1) à ses instructions générales sur l'anthropologie (2), où il indiquait aux médecins et aux voyageurs les grandes lignes de l'anatomie et de la physiologie du système dentaire de l'homme.

Sauf quelques contributions isolées, Maurel (3), Kermorvan (4), les médecins et les voyageurs n'ont pas répondu à son appel. Si pour les non civilisés leur concours est précieux, pour les civilisés le dentiste est plus apte à mener à bien un tel travail.

Si ce Congrès veut bien adopter la proposition que j'ai l'honneur de lui soumettre, nous aurons d'ici quelques années des éléments inestimables pour l'étude de l'odontologie ; l'anthropologie en tirera également profit.

En conséquence, je demande que : 1° le Congrès nomme une commission internationale de cinq membres chargée d'adopter un questionnaire devant être traduit en les principales langues.

Chacun des commissaires centralisera les renseignements et donnera les instructions complémentaires aux personnes qui voudront bien s'engager à répondre aux questions posées.

Nous publierons dans le prochain numéro un projet de *questionnaire*.

---

(1) Broca. — Instructions relatives à l'étude anthropologique du système dentaire. — Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris, 1879. 3e série. T. II, p. 128.

(2) Broca. — Mémoires de la Société d'anthroplogie, 1865. Vol. II, p. 127.

(3) Maurel. — Sur la fréquence de la carie dentaire chez les Indiens Galibis et leurs métis avec la race noire. — Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris. — T. 1er, 2e série, p. 260.

(4) Kermorvan. — Archives de médecine navale, 1877.

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

I. Ossification Pulpaire. II. Odondomes

Par M. R. Heïde
Professeur suppléant de dentisterie opératoire

I. — L'OSSIFICATION DE LA PULPE.

La dégénérescence calcaire de la pulpe est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait tout d'abord.

M. Poinsot nous en a fait connaître plusieurs cas, un dentiste des Etats-Unis ayant examiné un certain nombre de dents enlevées pour des causes diverses, a trouvé fréquemment dans les canaux et dans la chambre pulpaire, des nodules de calcification.

Il est souvent difficile de diagnostiquer la dégénérescence calcaire du tissu pulpaire, et le plus souvent, elle n'est constatée qu'après extraction de la dent. La dégénérescence calcaire s'observe surtout sur les personnes âgées, pourtant, elle se rencontre aussi sur des sujets jeunes. Ainsi le cas qu'il m'a été donné d'observer récemment à la clinique.

Mlle F..., vingt-deux ans, sujette à des névralgies intenses depuis l'âge de quinze ans ; le mauvais état de la bouche en était probablement la cause, toutes les molaires sont cariées au 4e degré.

Étant de service je fus appelé auprès d'un élève qui soignait à cette patiente une grosse molaire atteinte, pensait-il, d'une carie de 2e degré. La cavité étant assez grande, la couche de dentine dans la direction de la pulpe étant très foncée, cela me parut suspect et je diagnostiquai une carie du 4e degré. La dentine fut enlevée avec précaution, cela permit de pénétrer dans la chambre pulpaire sans provoquer de douleur, un corps dur un peu mobile s'y constatait, je pus l'enlever et amener avec lui la terminaison radiculaire de la pulpe qui, elle, n'avait pas subi la transformation calcique.

Depuis le traitement des dents malades, l'état général s'est considérablement amélioré, les névralgies n'ont plus reparu.

Cette calcification n'est pas rare, je vous conseille d'y apporter la plus grande attention, de réunir des observations, les conditions et les conséquences de ce phénomène en seront mieux connues.

II. — ODONTOME.

Je n'ai pas à revenir sur la classification des odontomes, cela a été fait récemment par mon ami et collègue M. Dubois.

En voici un qui s'ajoutera à notre collection. Il est bon d'en con-

signer par une observation publiée, la forme et la position dans la bouche.

Mlle L..., seize ans, se présente le 16 août 1886 à la clinique de l'École pour se faire extraire une dent qui la défigure et la gêne.

La bouche examinée au miroir montre l'absence de l'incisive centrale droite, car on ne peut donner ce nom à la production hétéromorphe qui siège à sa place.

Une distance de plusieurs millimètres sépare cette malformation de l'incisive gauche; qui, elle, est bien formée, ainsi que les autres dents du reste, on distingue pourtant des anomalies de direction dans la bouche, l'incisive latérale droite a subi une rotation sur l'axe, due probablement à la pression de l'odontome, la canine gauche n'a pas trouvé place dans l'arcade et elle siège un peu en dehors. A part cela, la bouche est normale dans son ensemble.

L'extraction réclamée fut exécutée séance tenante et sans difficultés.

Examen microscopique. — Nous sommes bien en présence d'un odontome odontoplastique, la perturbation de nutrition s'est produite dans un état d'évolution assez avancé de la dent, la racine et la couronne se distinguent; la couronne semble constituée par des dents naines accollées les unes aux autres, un nodule d'émail termine la partie supérieure.

Comme pour la plupart de ces anomalies, la nutrition par le périoste est limitée.

Quant à la pulpe, elle est atrophiée : l'élimination se fait plus ou moins rapidement; l'extraction est donc indiquée, sans cela l'expulsion se produirait mais en s'accompagnant de désordres qu'il vaut mieux prévenir.

ACCIDENTS DE L'EXTRACTION DES DENTS

L'extraction des dents étant l'opération peut-être le plus souvent pratiquée, compte à son actif nombre d'accidents et des plus variés. M. Delestre en a fait une étude des plus complètes. En voici un qui n'avait pas encore été signalé, que nous sachions, et que nous a ainsi rapporté M. le docteur Th. David :

« J'ai dù extraire un jour, à une dame, une racine dont l'histoire est intéressante. C'était une racine de deuxième grosse molaire inférieure droite.

Il y a 8 ans, un médecin avait déjà essayé de l'arracher avec un pied de biche. Pour cela, il avait fait asseoir la malade sur une chaise ordinaire, en avait entouré la tête du bras gauche, de façon à venir appuyer sa main gauche sous la mâchoire.

L'attitude était correcte. Malheureusement l'instrument glissa et, du même coup, vint transpercer le plancher de la bouche de la patiente et la paume de la main de l'opérateur.

La femme garda sa dent dont elle ne souffrit plus d'ailleurs, et

guérit en quelques jours de sa blessure. On en voit encore la cicatrice extérieure à un centimètre sous le rebord de la mâchoire, au niveau du milieu de la branche horizontale.

L'opérateur fut plus malheureux. Il eut un phlegmon grave de la main ; qu'il fallut ouvrir, et, pendant plusieurs mois, il éprouva de la raideur, de la gêne dans les mouvements des doigts. »

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS

STOMATOLOGIE

ÉRUPTION VICIEUSE DES DENTS DE SAGESSE SUPÉRIEURES

Par M. le docteur André Castex

Le cas dont il s'agit n'est pas d'observation fréquente. Autant il est commun de voir des accidents produits par la sortie des troisièmes molaires à la mâchoire inférieure (la plupart des adéno-phlegmons sous-maxillaires n'ont pas d'autre cause), autant les accidents de même ordre sont rarement étudiés sur le maxillaire supérieur. Ils offrent cependant cet intérêt particulier qu'ils servent à contrôler les théories émises pour l'éruption vicieuse de la troisième molaire inférieure. D'après le professeur Heydenreich, dont l'excellente thèse d'agrégation (*Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse*, agrég. Paris 1878), fait autorité, c'est une fois sur dix ou vingt cas que la dent de sagesse supérieure est en cause. M. Magitot indique la proportion de deux sur soixante-quinze cas. M. Reclus nous a dit ne l'avoir jamais encore observé. Voici le fait que nous avons pu tout récemment étudier dans son service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Une jeune femme de vingt-deux ans était traitée depuis une quinzaine de jours pour une fistule à l'anus, lorsqu'un matin elle se plaignit de douleurs dans la joue, en même temps que son haleine exhalait une odeur fétide. J'examinai sa bouche qu'elle put ouvrir assez facilement, et je vis une ulcération grisâtre, fongueuse sur la face interne tuméfiée de la joue droite. Quand la malade rapprochait les mâchoires, cette partie saillante de la muqueuse était mâchée par les molaires. De la rougeur existait sur la moitié correspondante du voile du palais et cette coloration devenait plus intense sur la muqueuse gingivale en arrière de la deuxième molaire supérieure. Par places, au voisinage de cette dent, le revêtement muqueux était ulcéré, grisâtre et saignant.

J'examinai d'abord les dents de sagesse inférieures ; elles occupaient leur siège normal et n'étaient aucunement douloureuses. Mais, en arrière de la deuxième grosse molaire supérieure, je provoquai une très vive douleur que la pression ne déterminait en aucun autre point. la pulpe de mon index pouvait sentir deux petits tubercules que je supposais appartenir à la troisième molaire qu'il était très difficile de voir. Cependant la rareté du cas me faisait hésiter dans le diagnostic et je ne le formulai qu'avec réserves quand M. Reclus passa devant la malade. Son diagnostic ne fut pas différent.

J'interrogeai plus longuement la malade; elle me dit que ses deux dents de sagesse inférieures étaient sorties à l'âge de vingt ans, que l'éruption avait été presque indolore à droite, mais qu'à gauche elle avait été compliquée de fluxions répétées pendant trois mois, avec constriction des mâchoires et abcès dans la bouche ; toutes les molaires existaient sur la rangée dentaire supérieure. Il en manquait en bas. Elle se rappelait avoir ressenti, au mois de mai 1886, des douleurs lancinantes au niveau de la troisième molaire supérieure gauche, actuellement en place, avec propagation dans l'oreille. Enfin, vers le 25 mai 1887 (cinq jours avant de nous en parler), elle avait éprouvé les mêmes phénomènes au côté droit. Les douleurs se localisaient dans la moitié supérieure du masséter et dans toutes les dents du maxillaire supérieur exclusivement. Les mâchoires étaient serrées et la sialorrhée abondante. D'ailleurs rien de bien particulier à noter dans les antécédents de la malade. Rien de spécial dans son profil ou dans son massif facial, conformation en apparence normale des maxillaires.

L'attention est depuis longtemps appelée sur ces accidents exceptionnels, imputables aux dents de sagesse supérieures. Sans oublier Urbain Hémard (*Recherches de la vraie anatomie des dents, matière et propriétés d'icelles*, Lyon, 1581), qui, dès 1581, incrimine les « quatre dernières mâchelières), nous trouvons dans le traité de Pouchard (*Le chirurgien-dentiste*, Paris, 1746) une observation absolument comparable à la nôtre. Il y est question de la fille d'un gentilhomme de Poitiers chez laquelle la dent de sagesse supérieure droite occasionna pendant de longs mois des douleurs, de la contracture, des ulcérations avec des excroissances calleuses aux gencives et à la joue. Ces faits ont été encore étudiés par Hunter, Jourdain, Toirac et tout récemment par Reclus (*Critique et clinique chirurgicales*, Paris, 1874).

Je n'examine ici que ce qui a trait à l'éruption vicieuse sur le maxillaire supérieur. On sait qu'à la mâchoire inférieure la sortie de la troisième molaire est particulièrement gênée par le bord antérieur de l'apophyse coronoïde qui ne s'est pas suffisamment éloignée de la deuxième grosse molaire. A la mâchoire supérieure l'analogie de cette disposition n'existe pas. L'arcade alvéolaire s'al-

longe à partir de la tubérosité maxillaire en se rapprochant de l'apophyse ptérygoïde, et l'espace est généralement suffisant pour que les dents de sagesse trouvent leur place. Tout au plus la troisième molaire peut-elle être arrêtée par cette disposition que signale Jourdain et qui consiste dans un trop grand rapprochement des bords de l'alvéole.

On comprend ainsi la rareté des accidents au maxillaire supérieur et leur fréquence sur l'inférieur. La présence de l'apophyse coronoïde en est la raison primordiale. L'étendue de l'arcade alvéolaire supérieure est un peu plus grande comme son rayon, nouvelle condition qui facilite la sortie de la dent de sagesse. Exceptionnellement les accidents tiennent à une sorte d'hypertrophie de la dent.

On trouve dans l'évolution des dents de sagesse chez notre malade un exemple des règles qui ont pu être formulées : pour la mâchoire inférieure c'est à gauche que les accidents ont présenté de la gravité. C'est ainsi qu'il arrive le plus souvent. M. Reclus, ayant étudié à ce point de vue plusieurs maxillaires inférieurs à l'Ecole pratique, a constaté que souvent la moitié gauche de la parabole était un peu moins longue que la droite, conformément à la loi qui fait prédominer à droite le développement de nos organes. La dent de sagesse trouverait ainsi moins de place à gauche, ce qui explique la prédominance des accidents pour ce côté. J'ai mesuré comparativement sur notre malade les deux moitiés du maxillaire inférieur et constaté une différence de 7 millimètres en longueur à l'avantage du côté droit.

Plus l'angle facial est ouvert et plus aussi l'apophyse coronoïde tend à la verticalité. La dent de sagesse perd alors une partie de l'espace dans lequel elle aurait pu évoluer. Il lui faudra sortir dans l'étroite tranchée qui sépare de la deuxième grosse molaire le pied de l'apophyse coronoïde, ce qui revient à dire que plus une tête est prognathe, et plus aussi la dent de sagesse évolue facilement sur le maxillaire inférieur.

En vertu de ces considérations, les accidents marcheront de pair avec la culture intellectuelle. Ils seront moins fréquents chez les races humaines, inférieures dans les campagnes que dans les villes, chez la femme que chez l'homme. Néanmoins, il nous faut remarquer que, depuis six mois, les cinq cas d'évolutions que nous avons observés à l'Hôtel-Dieu se sont présentés à la salle des femmes. Question de susceptibilité peut-être. Il est à remarquer, en outre, que dans les races orthognathes le volume de la dent de sagesse est inférieur à celui des autres grosses molaires ; c'est le contraire chez les races prognathes et surtout chez les singes anthropomorphes. Chez les races sauvages dégradées, chez le gorille, le chimpanzé, les dents sont pentacuspidées. Broca disait : « La nature est en travail pour nous débarrasser des dents de sagesse. »

Comme si l'homme civilisé, plus habile à préparer ses aliments. pouvait se passer plus aisément de ses troisièmes molaires.

Les accidents imputables à la dent de sagesse supérieure sont moins graves que ceux de l'inférieure. La contracture du masséter, en particulier, est notablement plus rare. La continuité de ce muscle avec la mâchoire n'étant plus établie, il se trouve, de la sorte, mieux protégé contre les myosites de voisinage. Si un adénophlegmon se déclare, il ne siégera pas dans le territoire sous-maxillaire, mais plutôt dans les ganglions parotidiens ou carotidiens supérieurs. A titre de rareté, je rappellerai le fait de Salter et de Hyde Salter dans lequel une dent de sagesse supérieure provoquait de l'amblyopie et des douleurs intra-oculaires avec paralysie faciale. Celle-ci reconnaissait pour cause la compression du facial par des produits inflammatoires de la région parotidienne. La troisième molaire supérieure peut être parfois repoussée dans la partie postérieure de la tubérosité au-dessus du niveau des alvéoles. La déviation la plus fréquente est l'inclinaison en dehors.

Entre autres accidents muqueux, j'ai pu observer dernièrement à l'Hôtel-Dieu, chez une jeune femme qui souffrait d'une dent de sagesse inférieure, un cas de stomatite membraneuse : Un adénophlegmon sous-maxillaire s'était développé, et, sous la langue, la muqueuse du plancher buccal constituait un bourrelet saillant allongé d'arrière en avant. La crête de ce bourrelet était couverte d'une couche blanche d'un millimètre d'épaisseur qui me parut d'abord sphacélique et que j'expliquais par la pression des dents inférieures. Mais ayant cherché à détacher cet enduit diphtéroïde, je l'entraînai sans difficulté et tout d'une pièce. A l'état d'isolement, il affectait la forme d'une tuile creuse. Au-dessous, la muqueuse n'était pas ulcérée. Le lendemain, cette couche s'était reproduite, mais elle disparut peu à peu en même temps que les autres phénomènes inflammatoires. L'analyse microscopique montra qu'il s'agissait de réseaux fibrineux enserrant des leucocytes.

Comme le dit fort bien Heydenreich, le pronostic est absolument sous la dépendance du diagnostic. Rien ne serait, en particulier, plus préjudiciable et ne pousserait davantage à la cachexie buccale que l'erreur qui attribuerait ces ulcérations voisines du voile du palais à la syphilis.

Hors du traitement étiologique, point de guérison. Les moyens employés suivant les cas seront l'excision de la muqueuse qui couvre la couronne de la dent avec sa cautérisation ultérieure à l'acide chromique, l'excision du rebord de l'alvéole qui, par son étroitesse, retient la dent ; enfin l'arrachement de la troisième ou de la quatrième molaire, pour faire place à la cinquième. On ne doit pas employer le thermocautère qui a l'inconvénient de brûler l'émail.

Quand on enlève la dent de sagesse, le davier est insuffisant. On a recours à la langue de Carpe qui, s'appuyant sur la dent voisine, soulève par bascule la troisième grosse molaire. Pour l'avulsion des dents de sagesse supérieures, Oudet employait son instrument spécial : le pélican. Les difficultés seraient grandes si, comme dans un cas de Toirac, les racines de la troisième molaire étaient enclavées dans celles de la deuxième.

Heureusement ces accidents s'amendent facilement d'eux-mêmes quand la dent a terminé son éruption, et, dans les cinq cas que nous avons observés à l'Hôtel-Dieu, depuis le commencement de l'année, une seule fois il a fallu pratiquer l'excision de la muqueuse gingivale. Dans un autre cas, un séquestre a dû être extrait. Mais chez la malade qui fait l'objet de cet article, les accidents dus à la troisième molaire supérieure ont cédé sous la seule influence d'un gargarisme au chlorate de potasse.

(*Gazette hebdomadaire*).

EMPOISONNEMENT PAR L'ACONIT, PAR M. MOREL-LAVALLÉE

(*France médicale* 28 mai 1887).

Cette observation offre tout l'intérêt d'une expérience physiologique. Un médecin, le Dr X.., absorbe en trois quarts d'heure deux grammes d'alcoolature d'aconit, dans un but thérapeutique. Deux heures et demie après l'ingestion du médicament le patient présente tous les signes de l'intoxication. X... a les dents serrées et agacées, il accuse des fourmillements dans les lèvres qu'il ne sent plus; ses extrémités sont froides et il y éprouve des picotements, tandis qu'il a perdu le sens du tact. Aux pieds, il se plaint d'une véritable compression. Il se sent défaillir; il éprouve la sensation d'une mort imminente qu'il compare à ce qui doit exister dans l'angine de poitrine. Le pouls, examiné à ce moment, est filiforme, irrégulier, inégal, s'arrête par moments, et tombe à 14 pulsations à la minute. Les lèvres sont pâles; mais ni bleuâtres ni froides, non plus que la langue. Toute la peau du corps, surtout aux bras et aux extrémités, est pâle ; le malade s'en plaint et rien ne peut le réchauffer. Il a conscience de la gravité de son état, et sa terreur est extrême.

Pas de dilatation de la pupille ; pas de vomissements ni de nausées, mais sensation de barre épigastrique. A ce moment, les phénomènes d'intoxication sont à leur maximum; de minute en minute on craint de voir le poul disparaître entièrement et le malade succomber. A côté de ces troubles cardiaques menaçants, la respiration reste normale comme amplitude, rythme et fréquence. Il en est de même pendant toute la durée de l'empoisonnement.

Traitement. — 2 injections d'éther, 500 gr. de café à boire, champagne, 10 gr. d'acétate d'ammoniaque à la fois comme stimulant diffu-

sible et pour hâter la diurèse. En même temps, boules d'eau chaude, frictions sèches et surveillance incessante du malade pour l'empêcher de s'assoupir. Bientôt après, se produit une excitation cérébrale intense : bavardage incessant, passage du rire aux pleurs, mais surtout inquiétude constante de la syncope. Cependant, la sensation de froid s'atténue ; le pouls, toujours aussi faible et inégal, devient plus fréquent, 40 P ; A minuit, 8 heures après le début des accidents, le pouls est remonté à 76, mais l'excitation cérébrale est à son maximum. A partir de ce moment, X.. revient tout à fait à lui ; sa peur a disparu, mais on le veille toute la nuit dans la crainte qu'il ne vienne à oublier de respirer, fait qui ne s'est pas produit. Les forces ne sont revenues que peu à peu et le malade n'est sorti que six jours après, éprouvant encore une courbature généralisée Ce qui est à noter, c'est que pendant huit jours le pouls, quoique devenu ample et régulier, est resté lent et hésitant, battant de 42 à 52 fois par minute, alors même que X... avait repris sa vie habituelle.

(*Revue génér. de cliniq. et thér.*) 28 juillet 1887.

H. M.

SUPPURATION DU SINUS MAXILLAIRE TRAITÉE PAR DES CAUTÉRISATIONS AU NITRATE D'ARGENT

Le traitement de la suppuration du sinus maxillaire est toujours fort long. Le malade supporte difficilement le drain qu'on introduit par la perforation du fond de l'alvéole qu'on est toujours obligé de pratiquer pour faire les lavages antiseptiques du sinus. On a cherché à éviter cet inconvénient en pratiquant le catéthérisme de l'antre d'Highmore, mais c'est une opération qui est parfois fort difficile malgré les indications et l'instrument de Schiffers, — ensuite les liquides qu'on injecte par cette voie, ne trouvant pas d'issue à la partie la plus déclive du sinus, remplissent mal leur rôle antiseptique.

La perforation du bord alvéolaire du maxillaire est donc véritablement le seul mode de traitement rationnel. Le malade l'accepte encore assez facilement ; ce qui le gêne davantage c'est de porter pendant un temps parfois fort long le drain qui permet les lavages.

Ayant eu dernièrement à traiter une suppuration du sinus maxillaire de date récente, remontant à trois ou quatre semaines, voici ce que j'ai fait et le résultat que j'ai obtenu.

Après avoir fait enlever la canine droite cariée et point de départ de l'inflammation, je perforai le fond de l'alvéole et arrivai dans la cavité du sinus ; après l'avoir détergée avec une solution boriquée, j'introduisis un stylet à l'extrémité duquel j'avais fixé par la chaleur du nitrate d'argent. Au bout de quarante-huit heures n'observant rien de particulier, je fis pénétrer, en forçant un peu, une sonde canelée dans la rainure de laquelle j'avais fixé, dans son quart supérieur, du nitrate d'argent fondu et je cherchai à promener l'extrémité de la sonde sur la plus grande étendue possible des parois du sinus. Il y eut une vive réaction ; la malade se plaignit de douleurs intenses dans toute la

partie droite de la face, la joue devint chaude, la paupière inférieure correspondante œdématiée.

Huit jours plus tard, je recommençai la même opération; la réaction fut moindre, la suppuration diminua rapidement, était tarie le quatrième jour et depuis deux mois et demi la guérison est complète.

En rapportant ce fait je ne prétends pas que toutes les suppurations du sinus maxillaire soient passibles de ce traitement, mais je crois qu'on peut imiter ma conduite dans les cas récents, alors qu'une suppuration ancienne n'a pas encore détruit ou complètement modifié les éléments de la muqueuse.

Dr C, Astier.

REVUE DE L'ÉTRANGER

UNE VISITE AUX ECOLES DENTAIRES ETRANGÈRES

Par A. W. Harlan M. D. D. D. S. Chicago

Traduit de l'anglais par L. Meng

Le Dr Harlan, de Chicago, a donné dans l'*Indépendant Practitioner* de l'année dernière, mai, août, et novembre, le compte rendu de son voyage sur l'ancien continent. Il étudia d'abord l'Angleterre, ses écoles, ses journaux, ses praticiens; ensuite l'Allemagne, et en terminant son article sur ce pays il annonçait que la prochaine fois il payerait son tribut d'estime (et textuellement dans le journal américain) *à la belle France et aux Français*.

A voir cet enthousiasme exposé d'une telle façon vous comprendrez avec quelle impatience j'attendais le jugement de notre confrère américain. Il a paru dans le numéro d'août et c'est pour moi un grand plaisir d'en faire la traduction aussi fidèle, je dirai même aussi littérale que possible, afin de lui conserver toute la saveur de ses appréciations. Je donnerai plus tard un exposé de ses impressions en Angleterre et en Allemagne. En terminant, j'exprime l'espoir que tous mes lecteurs s'associeront aux félicitations aussi modestes que sincères que je me permets d'adresser aux confrères qui ont su inspirer au Dr Harlan un récit si vrai et si élogieux sur notre pays.

L. Meng.

« La France est si différente des autres pays étrangers que le voyageur dépense la plus grande partie de son temps à Paris. »

En différentes occasions j'ai passé quelques heures dans d'autres parties du pays ; mais la plupart de mes observations ont été faites durant quelques visites à Paris, la résidence de beaucoup de dentistes américains.

Il y a environ une trentaine d'années que les dentistes américains commencèrent à pratiquer dans Paris, et maintenant il y a peu de cités en France ayant une population de cent mille habitants et au-dessus où on n'en trouve pas. Cependant je crois qu'il y a plusieurs Américains dans des villes plus petites que cela. Je ne connais pas le nombre exact, mais je crois qu'il y a de trente à cinquante dentistes parlant anglais établis dans Paris. De toutes celles que j'ai visitées, Paris me semble sous ce rapport être plus favorisé qu'aucune autre ville continentale.

Je présume que beaucoup y sont attirés par les récits des fabuleux revenus de ceux qui y ont été longtemps établis.

De ma propre observation, je crois que beaucoup sont surfaits sur le revenu net reçu et qu'ils sont peu, s'il y en a, qui produisent 250,000 fr. par an. Quand ils comprennent dans cela le prix de la vie dans une cité étrangère, les loyers, les fournitures, les impôts, etc., la réception des visiteurs (comme moi-même), probablement il n'y en a pas plus d'une douzaine qui puisse épargner environ 50,000 fr. par an.

Le dentiste américain vivant dans Paris est par suite heureux de voir d'autres Américains ; mais il y en a tant qui visitent Paris, que ce doit être très fatigant d'en voir et d'en accueillir beaucoup qui viennent seulement visiter — en dehors de toute curiosité — ceux qui sont ainsi établis.

En dehors de cela, ils prennent le temps précieux de celui qui peut et veut exiger à être vu seulement après les heures de consultation.

Je suis très heureux d'avoir reçu cette leçon une fois par un éminent dentiste dans Paris qui m'envoya un mot qu'il pouvait être vu avant neuf heures, à moins que je n'aie affaire avec lui ; cela je ne l'ai pas oublié.

Nous profiterons d'une telle méthode chez nous ; comme cela nous serons capable de travailler davantage dans un jour que nous ne pouvons le faire selon nos usages actuels.

Un dimanche matin je visitai l'Ecole et l'hôpital dentaires de Paris et fut accompagné dans les salles de clinique par MM. Godon et Lewett, professeur de dentisterie opératoire. Cette école est la plus ancienne de Paris et donne le diplôme (D. E. D. P.) après trois ans d'études.

Pour le présent, l'emplacement du 23 de la rue Richer est trop petit et on me dit que sous peu on la transfèrera dans un bâtiment plus commode. Les étudiants travaillaient, occupant tous les fauteuils disponibles, usant or, digue et autres matériaux, etc. Cha-

que chose était propre et bien ordonnée, et je fus très favorablement impressionné par le travail durant cette matinée. Les étudiants sont obligés de travailler quelque temps les métaux, l'ivoire, l'acier, etc., afin qu'ils puissent acquérir de la dextérité dans le maniement des instruments.

Cela est une importante chose dans l'éducation d'un dentiste et ne saurait être trop recommandé.

Le candidat pour le diplôme doit avoir vingt et un ans, avoir assisté aux trois années de cours, déposé un spécimen de son travail, soumis à un examen préliminaire, à moins qu'il soit docteur en médecine ou officier de santé, ou avoir un diplôme de sage-femme dans ce cas il ou elle entre dans la deuxième année de cours l'Ecole.

L'Ecole dentaire n'est pas la propriété d'actionnaires, mais fut fondée par souscriptions et est aidée par la Ville de Paris.

On me dit qu'ils espèrent réunir environ 150,000 fr. pour un bâtiment définitif (lesquels fonds ont été promis) et qu'ils occuperont sous peu. Il y a un nombre de médecins et chirurgiens distingués de Paris appartenant à l'Ecole soit comme consultants, chargés de cours ou professeurs.

L'Ecole est dans une condition florissante et a eu plus de cent vingt-cinq étudiants l'année dernière. Pour le présent, le diplôme n'est pas reconnu par l'Etat comme il n'y a pas pratiquement de loi règlementant la profession de dentiste en France. Chacun peut pratiquer en mettant une plaque sur sa porte et s'annonçant lui-même comme dentiste.

Cela est d'autant plus regrettable que la médecine, la chirurgie et la médecine vétérinaire sont réglementées par la République.

Appartenant aussi à l'Ecole et hôpital dentaires, la Société d'odontologie de Paris se tient dans le collège ; c'est aussi une bienveillante Société et la Faculté publie un journal, *l'Odontologie*, publication mensuelle.

C'est un bon journal et j'y trouve tous les mois quelque chose d'intéressant. Je l'ai lu depuis son premier numéro et j'engage tous ceux qui lisent le français à agir de même ; c'est seulement par comparaison que nous sommes capables d'être finalement juges des résultats.

Je souhaite à l'institution l'appui qu'elle désire justement, et quand encore je visiterai la France j'espère visiter le nouveau bâtiment du collège et apprendre que l'Ecole a été reconnue par l'Etat. J'ai été incapable de visiter l'Institut odontotechnique, lequel est une nouvelle école à Paris; mais à en juger du dehors je présume qu'ils ont un emplacement confortable, et un coup d'œil sur le corps enseignant nous montre qu'ils ont plusieurs noms bien connus dans la Faculté, ce qui est une assurance qu'ils font du bon travail.

Le nouveau collège publie un journal aussi : la *Revue Odontologique*. Le *Progrès dentaire* et l'*Art dentaire* sont seulement les autres journaux de quelque importance dans Paris. Ma critique des journaux dentaires sera qu'ils contiennent beaucoup trop de traduction des faibles essais, publiés en Angleterre et en Allemagne, et trop peu de travaux originaux.

Dernièrement, cependant, ils ont fait beaucoup mieux, et, sous peu, j'entrevois encore un plus grand mouvement en raison de travail des gradués des écoles dentaires.

La France, mieux qu'aucun autre pays dans le monde, est la patrie de beaucoup de brochures originales, pamphlets et travaux sur l'art dentaire, et l'activité professionnelle vient seulement de s'éveiller.

On me dit qu'ils sont plusieurs dentistes français bien connus qui ont plus de patients qu'ils ne peuvent en recevoir et que les revenus de quelques-uns dépassent 100,000 francs par an, ce qui, je suis sûr, doit être vrai.

Jusqu'à ces derniers temps, la ruine de la dentisterie opératoire a été l'usage d'amalgames et de ciments et de s'abstenir de boucher entièrement les racines.

Pourtant beaucoup de dentistes français ne pensent jamais à remplir une racine, quand une dent doit être replantée ou une couronne est ajustée, et beaucoup détruisent la pulpe et la laissent dans la dent remplissant la cavité et faisant un drainage.

Trop peu de temps est employé à la préparation des cavités et des aurifications ; aussi quand l'or est foulé, elles sont pauvrement faites. Ces choses disparaîtront bientôt, à mesure que les jeunes entrent dans les rangs et que les anciens se retirent.

Les Français sont bons mécaniciens et les plus beaux spécimens de prothèse dentaire que j'ai vus ont été faits par des dentistes français.

Beaucoup trop de dentistes français emploient les anesthésies, et conséquemment beaucoup de dents sont arrachées que nous aurions sauvées ici. Dans le champ des instruments, ils en ont autant que nous et tous les nôtres aussi, à choisir.

Une chose qui dégoûte presque tous les dentistes est de voir la voie dans laquelle certains Américains ou individus se donnant pour tels, mutilent les dents de leurs compatriotes ou d'autres qui tombent dans leurs griffes.

Que penseriez-vous d'un dentiste ici qui souderait quelques dents sur une barre de platine et qui percerait des trous sur des dents vivantes, enfonçant les bouts de la barre dans ces trous et cimenterait ce pont avec des oxyphosphates et appellerait cela travail à pont permanent ?

Ce sont de semblables opérations comme les précédentes qui

attirent des reproches sur la dentisterie américaine en Europe, aussi bien que les faux et mauvais diplômes.

Le plus tôt qu'ils auront une réglementation de la pratique de la chirurgie dentaire en France, sera le mieux, pour tous les intérêts. Alors les Américains seront contraints à cela et tous les autres étrangers aussi bien que les natifs. J'ai grande foi dans la sincérité des dentistes français et crois qu'ils travailleront jusqu'au bout le problème de la dentisterie conservatrice, s'ils ont seulement l'appui moral et les encouragements de leurs confrères dans les autres pays.

Les membres des deux principales sociétés font du bon travail, et, quoiqu'ils ne soient pas tout à fait d'accord sur la manière de réglementer la pratique de la profession en France, les bons résultats n'en suivront pas moins.

La discussion dans les deux sociétés, quoique occupées beaucoup trop par des matières, commence, d'après les comptes rendus qui m'ont été donnés dans les deux journaux officiels, à prendre un ton plus élevé et plus sérieux, que cela a jamais eu lieu précédemment.

L'hospitalité des Français est une chose qui me semble incomparable. On m'a toujours enseigné à croire qu'ils étaient tout pour eux-mêmes et sans considération pour les autres.

Je trouve que l'inverse est vrai.

Quoique étranger et peu connu, je fus partout traité avec la plus grande cordialité, et les amitiés qui furent créées dureront, je suis sûr, éternellement.

J'espère, dans quelque temps prochain (peut-être quand ils assembleront un congrès international dentaire), échanger de nouveau les nombreuses courtoisies et marques d'amitié amoncelées sur moi par mes confrères en France, et j'espère souhaiter la bienvenue à un grand nombre, à Washington, en septembre prochain.

Les Américains sont trop prompts à penser que toute chose bonne et utile a été découverte par eux, mais s'ils veulent lire seulement un peu plus et voyager avec leurs yeux grands ouverts, ils trouveront bientôt que dans beaucoup d'endroits, nous avons beaucoup à apprendre avant que la perfection soit atteinte, en art aussi bien qu'en science, et une visite en France ne sera pas le moins agréable voyage qu'un dentiste américain puisse entreprendre.

Independant practitioner.

Août 87.

SUR LA COMBINAISON DE L'OR ET DE L'ÉTAIN EN FEUILLES POUR L'OBTURATION

Résumé d'une leçon du Dr Miller, par M. Sandré.

(Traduction de M. Museler)

M. le professeur Miller (de Berlin) démontre, tout d'abord, que c'est à tort qu'on attribue aux associations métalliques, dans les matières d'obturation, l'inconvénient de produire des courants électriques.

Par des expériences irréprochables, — et que tout le monde peut faire, — on peut se convaincre que l'assertion de M. Bridgeman : d'après laquelle la carie dentaire est occasionnée par des courants électriques est une erreur.

Parlant ensuite de la préparation des feuilles métalliques, il la décrit de la manière suivante :

Une feuille d'or est juxtaposée sur une feuille d'étain, puis elles sont enroulées ensemble ; on les coupe de manière à obtenir des cylindres d'une hauteur et d'une force appropriées à la cavité à remplir. Les cylindres sont placés et foulés comme ceux d'or mou ; ils doivent dépasser quelque peu les bords de la cavité, de manière à permettre l'écrasement de leur partie terminale.

M. Miller a pratiqué le foulage des cylindres or-étain par la méthode rotative, et n'en a pas obtenu des résultats absolument satisfaisants. Il est arrivé à cette conclusion : que, comme pour l'or adhésif, la rotation n'assure pas une masse compacte (1).

Pour la condensation des premières couches, la rotation a un avantage évident ; mais la plus grande partie de l'obturation est bien mieux exécutée avec les fouloirs dentelés.

Si on sectionne par la moitié une obturation or-étain, on a l'apparence d'une masse homogène ; l'adhérence n'est pourtant pas parfaite, et un instrument détache aisément les couches qui la constituent. On pourrait faire la même démonstration pour les aurifications faites entièrement à la méthode de Herbst.

Ces observations, s'ajoutant à d'autres, ne sont pas favorables à la méthode Herbst. Elles semblent, au contraire, démontrer les avantages des fouloirs profondément dentelés qui assurent la pénétration des couches entre elles.

---

(1) Pour la condensation de l'aurification à la pointe cervicale, surtout à la face linguale des incisives, la rotation m'a rendu de grands services ; mais je puis dire, après une longue expérimentation, que les aurifications foulées au maillet méritent plus de confiance. — (Note du traducteur).

M. Miller préfère aussi à l'usage des maillets automatiques américains, celui de Rauhe, de Dusseldorf (étant donnée l'origine américaine de l'auteur, on ne peut que le féliciter de ce choix). Ce maillet possède une pièce universelle à angles qui permet, par un léger mouvement, de lui donner la direction voulue, angle droit, angle aigu, percussion en poussant, en tirant.

L'emploi des matrices ne paraît pas avoir, aux yeux de M. Miller, les mérites qu'on lui attribue.

En résumé, l'auteur dit que l'association étain-or a les avantages suivants :

1° L'obturation acquiert en peu de temps — une huitaine de jours — une grande dureté ;
2° Elle est indestructible ;
3° Elle s'adapte à merveille aux parois ;
4° Elle est mauvaise conductrice de la température ;
5° Elle s'exécute rapidement ;
6° L'humidité n'est pas une cause d'échec.

Le Dr Sachs, de Breslau, ne termine pas entièrement l'obturation avec les cylindres d'or-étain; il fait les dernières couches avec de l'or cristallisé. Celui de Nedden convient parfaitement pour cela.

Nous avons résumé, en ces quelques lignes, la leçon du professeur Miller et les développements que le Dr Witzel y a apportés (expériences sur les différents modes de condensation).

L'association or-étain mérite donc d'être pratiquée; et sans oublier les avantages des métaux purs, et même des amalgames, nous pouvons accorder une place à ce genre d'obturation.

(*Monatschrift für Zahheilkunde.*)

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

A System of Dental Surgery, by. Sir J. Tomes. Fhird, edition revised and enlarged by. Ch. S. Tomes.

En 1848, J. Tomes faisait paraître *Dental Pysiology and Surgery*, suites de leçons et conférences faites à l'hôpital de Middlesex. Ces leçons embrassaient tout l'art dentaire : anatomie, pathologie et thérapeutique, et en traitaient en 400 pages. Elles devinrent le noyau du *System of Dental Surgery*, dont la première édition

date de 1859. En 1873, une autre fut nécessaire ; nous avons devant nous la troisième.

Il faut vraiment que ce manuel ait des qualités éminentes pour avoir été adopté comme initiateur par plusieurs générations de dentistes. On l'a traduit, on l'a réimprimé. Il est peu de livres dont on peut en dire autant. Ce succès s'explique par la valeur de son premier auteur, esprit et praticien supérieur. Son livre, résumé original de l'état de la science et de la pratique lors de son apparition, n'avait rien de comparable dans notre littérature professionnelle, et le docteur Darin, en nous le faisant connaître, rendit un grand service à notre génération.

Le travail de revision de la nouvelle édition a été fait par Ch. Tomes ; elle ne diffère pas essentiellement de la seconde, certaines parties ont été allégées : l'anatomie et la physiologie dentaires ; d'autres ont reçu de nouveaux développements : la thérapeutique et la dentisterie opératoire, mais le livre a gardé la même physionomie. C'est le reproche que nous lui ferons.

Depuis quatorze ans, notre pratique a subi des modifications de tout genre ; c'est au livre à les faire connaître, à les répandre, il doit même faire œuvre d'avant-garde. J. Tomes l'avait compris ainsi ; on peut regretter de ne pas trouver la même préoccupation progressive chez son continuateur.

Le traitement conservateur de la pulpe, par exemple, a des indications, une technique nouvelles ; elles ne nous semblent pas suffisamment exposées dans le passage suivant :

« Si l'exposition est assez étendue, la dent sera soigneusement nettoyée par des irrigations d'eau chaude ; les escharotiques puissants seront évités, la dent étant essuyée avec de l'acide phénique dilué, de l'huile de girofle ou de l'alcool camphré ; — le thymol est aussi indiqué. —

— La pulpe exposée est ramenée à un état de santé, ce qui devient évident par la cessation de l'écoulement pathologique.

Quelques écrivains recommandent alors de baigner la pulpe en premier lieu avec de la créosote, puis de recouvrir avec l'oxychlorure délayé clair, sans enlever l'excédent de créosote.

Je préfère cependant l'huile de girofle mêlée par parties égales, à l'oxychlorure de zinc ; cela est moins irritant.

Comme il a été déjà mentionné, ceci peut être fait quand une partie de la pulpe est détruite, même quand la plus grande partie de la pulpe est détruite, même quand toute la partie contenue dans la chambre est perdue, restant seulement vivante dans la racine, mais d'après mon expérience personnelle les dents ainsi traitées ne doivent pas donner confiance car quelquefois elles donnent lieu à des accidents à des dates rapprochées. (P. 435).

On le voit, cette troisième édition n'a pas été mise à jour sur tous les points. L'ensemble n'en mérite pas moins l'approbation et comme livre d'études, *A System of Dental Surgery* reste

toujours un des meilleurs manuels qu'on puisse mettre dans la main des étudiants.

Ce qui y est dit de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie des dents et des parties associées y est irréprochable, et si la partie thérapeutique n'expose pas toujours les progrès les plus récents, on ne peut pour cela contester la valeur réelle de l'ouvrage.

Pendant longtemps encore, il servira d'instructeur aux jeunes dentistes ; ils ne pourraient actuellement avoir de guide plus sûr.

La migraine, par le Dr L. THOMAS, travail couronné par l'Académie de médecine. — Delahaye et Lecrosnier, 1887.

L'odontalgie retentit sur le trijumeau, la migraine aussi, elles se rejoignent. Nous pouvons en parler. Quand même l'hemicranie nous serait assez étrangère, l'un de ses derniers adversaires ne l'est pas.

Il nous sera donc permis de prendre notre part de plaisir, en voyant notre ami et collaborateur honoré des suffrages de l'Académie de Médecine et de dire un mot de l'excellente monographie que nous avons sous les yeux.

Puisque sur cette question embrouillée, obscure, on ne peut encore faire de réponse nette, décisive, il est nécessaire de mettre un peu d'ordre dans le fatras des hypothèses pour ne laisser temporairement debout que celles qui sont appuyées sur l'observation exacte des faits, sur leur explication plausible.

Ce travail de clarification n'était pas aisé, et on est charmé de voir l'érudition, l'esprit critique se prêter mutuelle assistance pour en dégager ce qui est point acquis. ce qui est contestable. Les esprits étendus et clairs ne courent pas les rues, leurs productions n'encombrent pas les rayons des libraires.

La monographie est la meilleure forme du travail scientifique ; celle-ci est complète, sans longueurs, sans idées non digérées. Cet sont là des qualités suffisantes pour faire de tous ceux qui ont à connaître l'hemicranie un lecteur du travail du Dr Thomas.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES LIBRES DE PARIS

23, rue Richer

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Séance du mardi 13 juillet 1887

Présidence de M. Wiesner, vice-président.

Le secrétaire général donne lecture de la correspondancee échangée au sujet du Congrès international de Washington avec le Dr Bogue, secrétaire de la section dentaire au Congrès, d'où il résulte que l'Association et l'Ecole sont invitées officiellement.

Le conseil adjoint à la délégation M. le Dr Kuhn, membre de l'Association, déjà chargé par le gouvernement d'une mission pour l'inspection des écoles dentaires aux Etats-Unis.

M. Dubois déclare que, dans le cas où la souscription dépasserait la somme de 1,500 francs, le surplus devra être versé à l'Ecole en diminution de sa subvention.

Sur la proposition de M. Lowenthal, il est nommé une commission chargée de rechercher les moyens de ne donner des soins à la clinique qu'à des personnes véritablement trop pauvres pour réclamer les soins d'un dentiste.

Sont nommés MM. Chauvin, Lowenthal, Papot, Pigis et Ronnet.

Le concours pour les deux places de chefs de clinique vacantes à l'Ecole est fixé au quatrième dimanche d'octobre.

Le conseil décide qu'il ne peut accepter, comme local pour l'Ecole, l'offre faite par la Ville de Paris (en exécution de la délibération du conseil municipal du 30 octobre 1886), des bâtiments vacants de l'ancien collège Rollin.

Le bureau est invité à s'entendre avec la préfecture de la Seine pour le choix, parmi les immeubles appartenant à la Ville, de locaux mieux appropriés au but et au service de l'Ecole.

Le conseil décide également de demander à la préfecture l'annulation de la bourse offerte par la Ville de Paris à l'élève Cottin qui, après trois lettres successives, n'est pas venu en profiter.

Le conseil, considérant que le refus de payer les souscriptions faites à l'Ecole est un manquement à des engagements librement consentis, décide que ce refus entraîne la radiation de membre de la Société.

Le reliquat de la souscription de M. Gilbert Duchesne, actuellement décédé, est annulé.

Il est voté un crédit pour la publication de la brochure annuelle, dont le tirage est fixé à 3,000 exemplaires.

Le trésorier, M. Ronnet, annonce une souscription de 100 francs de M. Cahen, d'Haïti.
Des remerciements sont adressés au généreux donateur.

M. Gelinier, D. E. D. P., et M. Bonnefon, de Lisbonne, demandent à faire partie de l'Association.

M. Gelinier, comme diplômé, est admis.

M. Godon informe le conseil qu'un membre de la Société lui a fait part d'une clause de son testament léguant une partie de sa fortune à l'Ecole.

Séance du 2 août 1887

Présidence du Dr David, directeur de l'Ecole.

Le secrétaire général annonce au conseil que le Dr Robinet, vice-président du conseil municipal de Paris, vient de mourir.
Il rappelle que M. Gabriel Robinet avait, en toutes circonstances, donné son appui à l'Ecole et s'était fait son avocat près du conseil municipal ; et que, en 1885, il avait assisté, comme vice-président, à la séance d'inauguration de l'Ecole.

Le bureau a transmis à la famille du Dr Robinet la part que la Société prenait à sa perte prématurée.

Il est donné lecture d'une lettre de M. Robinet père qui remercie la Société de ses sentiments de condoléance.

M. Bonnefon, de Lisbonne, est admis comme membre sociétaire.
La peine disciplinaire, infligée à un élève de l'Ecole, est réduite à un an d'exclusion.
Il est pris une décision au sujet du local de l'Ecole.

Sur la proposition du secrétaire général, le conseil apporte quelques modifications au règlement relatif à l'enseignement pour la prochaine publication de la brochure annuelle :

— 1° Les droits du cours de 1re année sont portés à 400 fr. comme les 2e et 3e années ;

— 2° Il est créé des conférences spéciales de mécanique appliquée pour le cours de 1re année;

— 3° M. Pigis est nommé chef du laboratoire de prothèse pour un an ;
— 4° M. Jean, Francis est nommé démonstrateur de clinique de prothèse, et M. Barrié démonstrateur de clinique.

Le conseil adresse des félicitations au Dr Thomas pour le prix qu'il vient d'obtenir à l'Académie de médecine de Paris, pour son travail sur la *Migraine.*

Sur le rapport de M. Chauvin, le conseil adopte les conclusions sui-

vantes de la commission spéciale relative aux examens de la session de juillet :

Résultat des examens

1re ANNÉE

Les élèves de 1re année dont les noms suivent, sont admis à suivre les cours de 2e année :

1. D'Argent, 52 3/4 points
2. Rodolphe, 47 3/4
3. d'Almen, 44 3/4

Arlet
Chamblard (Mlle)
Chanaud
Devoucoux
Lafuy
Montagne
Svendsen
Zamkoff

2e ANNÉE

Les élèves de 2e année dont les noms suivent, sont admis à suivre les cours de 3e année :

1. Guérin, 50 1/2 points
2. Sauvez, 46
3. Billet 45 3/4 } *ex æquo*
   Pombet 45 3/4 }

Adnot
Bertrand
Bocquillon
Bohl
Breyer
Burguisser
Capdeville
Chemin
Chouville
De Croës
Houdié
Loup
Martinier

3e ANNÉE (*Examen général*)

Les élèves de 3e année dont les noms suivent ont droit au diplôme de fin d'études de l'Ecole dentaire de Paris :

points

1. Willer, 105 3/4 méd. d'argent
2. Denis, 100 1/2 méd. de bronze
3. Thioly, 90 1/2

Gédon
Nolda
Choquet
Weicenblut (Mlle)

Le Conseil vote également l'admission des élèves dont les noms suivent, qui ont subi avec succès l'examen d'entrée. Ce sont : MM. Boisgontier-Chenian, Munier et Mallingy.

M. Dubois est chargé d'informer les confrères étrangers, assistant au Congrès de Washington, de la décision de la Société relative à la réunion à Paris, en 1889, d'un Congrès de dentistes dû à son initiative, et de les y inviter au nom de l'Association.

Diverses mesures administratives sont adoptées.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire des séances,

L. Bioux.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. P. Dubois

PROPHYLAXIE DE LA CARIE DENTAIRE

Les points de départ de la carie dentaire se trouvent être dans les régions des arcades qui sont en contact incessant avec des acides issus de la fermentation de particules alimentaires restées adhérentes à ce niveau. C'est pourquoi le moyen le plus simple et le plus sûr de prévenir la carie dentaire consiste dans l'emploi persévérant de la brosse à dents, et celà dès l'enfance (trois ans). M. Miller n'accorde qu'une importance secondaire à l'usage des poudres dentifrices. Quand celles-ci contiennent des substances insolubles leur emploi a pour effet de former un dépôt à la surface des foyers de carie au lieu d'en opérer le nettoyage. Il considère comme beaucoup plus utiles les savons dentifrices qui dissolvent les matières grasses sans attaquer les dents et qui facilitent peut-être la pénétration de la soie de la brosse dans les foyers de carie. Ces savons doivent avoir une réaction neutre ou légèrement alcaline. Pour leur préparation M. Miller indique les formules suivantes :

Rec. 1. — Carbonate de magnésie........ } â â 5 parties.
Poudre d'iris de Florence.....
Talc......................
Savon médicamenteux.......
Essence de menthe poivrée.... X gouttes.

Mucilage de gomme arabique Q. S. pour F. S A. un savon dentifrice.

Rec. 2. — Carbonate de chaux précipité.. 100 parties.
Poudre d'iris de Florence..... 5 —
Sucre blanc.................. 4 —
Myrrhe en poudre............. 2 —
Miel et glycérine............ Q. S.
pour donner à la masse une consistance de pâte.

Quant aux eaux dentifrices, elles doivent être de composition telle que, lors de leur séjour dans la bouche, elles arrêtent la végétation des bactéries dans cette cavité. Après de nombreuses recherches, M. Miller s'est arrêté à la formule suivante qu'il donne comme étant celle d'une mixture douée de la propriété de détruire les bactéries après un séjour d'une minute dans la cavité buccale.

Rec. 3. —	Acide thymique..............	0 gr. 35
	Acide benzoïque..............	3 grammes.
	Teinture d'eucalyptus.........	15 —
	Alcool absolu.................	100 —
	Essence de gaultheria.........	XX gouttes.
	(ou essence de menthe poivrée.)	XXV —

M. S. A. Pour eau dentifrice. — Verser dans un verre d'eau une cuillerée à bouche de cette mixture, se rincer la cavité buccale avec ce mélange, après chaque repas et surtout avant de se coucher, en conservant ce liquide dans la bouche pendant une minute au moins.

(*Pratique médicale*).

TOPIQUE CONTRE LE RAMOLLISSEMENT DES GENCIVES. — COMBE

Teinture de pyrèthre............	15 grammes.
Teinture de gaiac...............	â â 4 grammes.
Teinture de myrrhe..............	
Teinture thébaïque..............	
Teinture de coquelicot..........	q. s. pour colorer.

A l'aide d'un pinceau imbibé de cette liqueur on badigeonne, matin et soir, les gencives ramollies et décolorées. — M. G.

ACTION DE LA GLYCÉRINE SUR LE BORAX

Comment expliquer l'effervescence qui se produit dans un mélange de borax, de carbonate de soude, de glycérine et d'eau? Les auteurs répondent à cette question en disant que, sous l'influence de la glycérine, le borax est transformé en sel basique et acide borique libre. Une solution aqueuse de borax ne présente pas de réaction acide; cette dernière se manifeste aussitôt après addition de glycérine. Les borates acides subissent la même influence. La dilution avec l'eau donne à la dissolution une réaction plutôt alcaline. M. Boymond fait connaître dans les *Archives de pharmacie*, d'après *Chemist and druggist*, l'incompatibilité de l'alun et du bicarbonate de potasse qui figurent dans certaines formules de gargarismes.

Ainsi une solution de borax colorée en rouge par le tournesol deviendra bleue.

(*Archives de pharmacie.*)

PHÉNATE DE MERCURE

Le phénate de mercure se prépare en précipitant 271 parties de bichlorure de mercure en solution aqueuse par 132 parties de phénate de potasse cristallisé et lavant le précipité rouge qui ne

présente qu'une faible odeur de phénol. Le phénate de mercure a été administré par doses de deux centigrammes.

American Journ. of pharmacy et *Archives de pharmacie.*

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CHROMIQUE

Un homme de 49 ans but un tiers de litre environ d'un liquide pour piles électriques (éléments zinc, charbon, acide chromique) dans une intention de suicide. Un quart d'heure après l'ingestion du liquide il éprouvait de violentes douleurs au bas-ventre, des vomissements et de la diarrhée.

Transporté à la clinique du professeur Pribrant, il présentait des signes de profonde dépression et de collapsus : peau froide, lèvres cyanosées, pouls petit et fréquent, respiration accélérée. L'estomac fut lavé avec 18 litres d'eau; une demi-heure après le malade vomissait un liquide renfermant encore beaucoup d'acide chromique. Contre le collapsus, on administra du camphre. Dans l'après-midi la peau était toujours froide, les lèvres cyanosées, le ventre douloureux et ballonné. L'urine était rare, rouge brun, avec globules de sang et épithélium. L'acide chromique se retrouvait tant dans l'urine que dans les vomissements.

Le jour suivant, à la diarrhée s'ajouta l'albuminurie; le sixième jour, le malade guérit.

(*Prager med. Wochenschrift*, 1887, p. 25, et *Anuali di chimica et pharmacologia*, Maggio 1887, p. 338.)

VARIA

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE

DANS LES TEMPS MODERNES

I

Histoire de l'Art Dentaire en Angleterre

Dans le cours des deux derniers siècles, l'Angleterre n'était pas inactive par rapport aux connaissances odontologiques. Ses premiers pas dans cette voie la conduisirent logiquement, pour ainsi dire aux progrès qu'elle a réalisés de nos jours.

Dès l'année 1518, Helkiah Cook, fit paraître une description de l'homme, ornée de figures explicatives et tirée ou traduite des meilleurs auteurs qui ont écrit sur l'anatomie. Cinq chapitres sont consacrés aux dents. La plus grande partie de ses descrip-

tions et de ses théories sont empruntées à Aristote, Hippocrate, Galien, etc. Si le style était original, les idées l'étaient peu ; la doctrine laissait à désirer. L'ouvrage le plus rapproché par sa date de celui que nous venons d'indiquer porte le titre suivant : *De l'accouchement,* ou livre de la femme, publié en langue anglaise, par Thomas Raynal, médecin, et complété et revu par lui ; imprimé à Londres, chez Richard Watkins, 1560. A la suite de certains chapitres, on trouve des instructions sur la manière de tenir propre et de conserver les dents.

Il y a lieu de penser que l'art dentaire était cultivé en Angleterre, comme une branche de la médecine, avant le milieu du XVIIe siècle. Nous trouverions, sans doute, certains documents qui l'indiquent ; la première note relative à l'indépendance de cette spécialité, se trouve dans le journal du R. John Ward, vicaire de Stafford sur Avon, de 1648 à 1679 : on y lit que près du pont se trouve l'enseigne suivante : « Ici demeurent Peter de la Roch et Georges Goslin. » Tous deux portent le titre d'opérateurs pour les dents chez le roi.

La profession est redevable à Nathaniel Highmore de la découverte de la cavité à laquelle il a donné son nom. Il remarqua le premier que les alvéoles se prolongeaient de ce côté et que leur fond n'était séparé de l'antre que par une simple lamelle osseuse. Cet anatomiste, né à Fordenbridge, en 1613, fit ses études au collège de la Trinité, à Oxford, et en sortit, avec le grade de docteur en médecine, en 1642. Il choisit Sherburn pour résidence et y pratiqua toujours. Ses travaux parurent entre 1650 et 1653. Bien qu'ils fussent peu nombreux, leur valeur fut parfaitement comprise par les praticiens. Highmore mourut en 1685.

Au XVIIe siècle, les études scientifiques firent de sérienx progrès en Europe. De toutes parts furent fondées des Sociétés savantes dont les recherches conduisirent à d'importants résultats. En Angleterre, les travaux de Bacon y ramenèrent l'opinion publique.

La profession médicale attira l'attention et acquit une considération sérieuse. En 1770, Thomas Bedmore s'efforce d'attirer vers un système pratique l'attention des chirurgiens-dentistes s'occupant des difformités des dents et des gencives. Bien que ses idées, comparées aux doctrines de notre temps, présentassent des imperfections et des lacunes, ses travaux montrent qu'il possédait une connaissance sérieuse du sujet sur lequel il écrivait. Bedmore, qui était dentiste du roi Georges III, mourut en 1789.

Il fit faire de sérieux progrès à l'étude de la disposition et de la structure des dents de sagesse. Grâce à lui, la spécialité sortit de son état primitif et acquit une importance assez sérieuse pour attirer l'attention de John Hunter.

Son histoire naturelle des dents humaines, de leur développe-

ment, de leur chute et de leurs maladies, parut à Londres, en 1771.

La seconde partie de ce travail a pour titre : *Manuel pratique des maladies de dents et leurs suites*, parut en 1778. C'est le premier travail qui renferme une étude complète de l'anatomie dentaire. L'anatomie et la physiologie sont beaucoup plus avancées que dans les ouvrages antérieurs : elles reposent sur des observations plus fines, sur des jugements mieux fondés. Sans doute il a vieilli et il est peu lu de nos jours, mais il est bon de se rappeler que l'art dentaire était encore dans l'enfance et que l'on ne savait presque rien sur la physiologie des dents.

On peut dire que Hunster montra le premier, d'une manière effective, l'importance de l'étude de la structure des dents et attira l'attention sur des organes jusqu'alors si négligés.

John Hunter naquit à Caderwood, à 8 milles de Glasgow, en Ecosse, le 14 février 1728. Il montra une certaine nonchalance pendant ses premières études; à l'âge de 20 ans seulement, il comprit l'importance de la science et alla aider son frète, le docteur William Hunter, dans ses préparations anatomiques ; ses goûts et ses inclinations étaient singulièrement aidés par la vivacité de son esprit et la vigueur de sa constitution ; il fit des progrès rapides en anatomie. A ce moment, il promettait de devenir un maître en cette science.

Cheselden avait la réputation d'être le meilleur chirurgien d'Angleterre et même du continent; le jeune Hunter s'adressa à lui pour l'étude de la chirurgie à laquelle il était merveilleusement préparé par ses travaux pratiques et anatomiques. Il montra dès lors une véritable vocation et fit présager le talent qui devait plus tard rendre son nom glorieux.

En 1757, Hunter entra à l'hôpital Saint-Barthélemy, en qualité d'élève en chirurgie chez Pott, qui était alors un des maîtres de la profession. Il s'appropria plusieurs des modifications que ce chirurgien s'efforçait d'introduire dans la pratique.

En 1753, il passe à l'hôpital Sainte-Marie, à Oxford. L'année suivante; on le retrouve à Londres, où il devient bientôt, professeur de chirurgie, à l'hôpital Saint-Georges.

En 1757, une phlegmasie pulmonaire l'oblige à cesser son enseignement. Il obtient une commission de chirurgien major et quitte l'Angleterre en 1761. Son premier travail sur les plaies par arme à feu fut fait au siège de Belle-Ile en 1761. Il revint dans sa patrie en 1763 sans autres ressources que sa demi-solde, il mène une vie laborieuse et agitée, soutient de nombreuses polémiques ; comme homme, il était tranchant, irrascible, presque grossier. Lorsqu'il disposa de plus de ressources il construit une école d'anatomie et de médecine opératoire ; elle eut un succès médiocre et ne compta jamais plus de vingt élèves. Il dépensait son temps, son énergie, ses efforts, pour le succès de la vérité et

la formation d'une collection anatomo-pathologique. A ce point de vue il sut utiliser très habilement les cadavres des animaux de différentes collections zoologiques du pays.

N'étant complètement satisfait il se met à étudier avec une nouvelle ardeur, la botanique, la zoologie, l'entomologie; acquit une petite parcelle de terrain à deux mille de Londres et y fait construire une maisonnette où il passe une partie de son temps à étudier la nature.

En 1767, Hunter fut nommé membre de la société royale; L'année suivante il fut chirurgien de l'hôpital Saint-Georges. Ce poste lui procura un nombre plus considérable d'élèves parmi lesquels on doit compter Jenner, Guy et sir Everard Home. A l'automne il fit un cours de chirurgie aux élèves de l'hôpital. Hunter ne fut jamais populaire comme professeur, il était mal doué pour parler en public, sa parole était forte et vibrante, mais sans élégance et un peu rustique. Ses imperfections sautaient aux yeux. Son émotion était presque maladive avant de se présenter, il était obligé de calmer ses nerfs avec de l'opium, mais de temps en temps il lisait devant la société royale de remarquables communications. Hunter mourut le 16 octobre 1795.

Les travaux de Hunter furent l'origine de beaucoup d'autres destinés à corriger les erreurs dans lesquelles il tomba par rapport aux dents. Leurs auteurs furent pourtant obligés de reconnaître qu'ils lui avaient fait de nombreux emprunts. Deux noms entre autres méritent d'être tirés de l'oubli ; ceux de Blake et de Fox.

Robert Blake est l'auteur d'un livre intitulé : *Structure et disposition des dents chez l'homme et les divers animaux*. Il fut publié à Edimbourg en 1798. L'auteur attire l'attention sur quelques erreurs de Hunter qu'il s'efforce de rectifier; c'est le meilleur ouvrage de physiologie dentaire de l'époque.

Aucun des chirurgiens anglais du XVIIIe siècle ne peut être placé au dessus de Joseph Fox ; son premier travail appartient à proprement parler du commencement du XIXe. Il naquit en 1776. On connait peu de chose sur ses premières années ; on sait seulement qu'il fut panseur à l'hôpital Saint-Thomas chez M. Cline, nous ne savons ni où ni comment il acquit ses notions sur l'art dentaire ; à l'automne il fit d'après les vœux des étudiants des démonstrations sur ce sujet que ses connaissances spéciales rendirent très intéressants. En 1883 parut son livre intitulé : *Histoire naturelle des dents humaines*. Fox devait beaucoup à Hunter et à Blake mais il rectifia plusieurs de leurs erreurs et exposa des théories plus rationnelles.

Une de ses découvertes les plus importantes est relative à sa membrane non vasculaire entourant la pulpe à propos de laquelle il réfuta les doctrines de ses prédécesseurs. Par des injections faites avec beaucoup de bonheur et d'habileté, il démontra qu'elle

était pourvue de vaisseaux. Fox montra la cause des déviations dentaires et les moyens de les prévenir, opération dans laquelle il était très habile. Sa théorie a servi pendant un demi-siècle de base à la pratique. Il décrivit ensuite les maladies de la dentition avec beaucoup de sens et une connaissance approfondie du sujet.

En 1806 parut la seconde partie de son travail sur les maladies des dents, des gencives et des alvéoles; elle fit longtemps autorité. La dernière édition a paru en 1846 à Philadelphie. Fox était justement estimé à cause de la vivacité de son intelligence, de l'énergie de son caractère et de sa bonté. Il mourut à Londres le 10 avril 1866.

Bien que d'autres travaux aient suivi ceux de Hunter, de Blake et de Fox, l'attention du public médical anglais ne fut guère attirée de nouveau sur l'art dentaire qu'à partir de 1829, époque où parut l'ouvrage de Bell, intitulé : *Anatomie, physiologie et pathologie des dents.*

Thomas Bell avait profondément observé en physiologie et en pathologie. Bien que certaines théories de Bell aient été abandonnées par des auteurs plus modernes, elles jouissent toujours d'une grande considération. Des recherches soigneuses et approfondies, nécessaires pour un ouvrage de ce genre méritent toujours l'estime. Son livre est considéré comme un des meilleurs relatifs à l'art dentaire qui soient jamais sortis de la presse anglaise. Il eut trois éditions en Amérique et occupa toujours une grande place dans la littérature professionnelle.

Aucun nom ne mérite mieux le souvenir de la postérité que celui de Thomas Bell : Fils d'un chirurgien estimé du Dorswshire, il naquit en 1792, reçut de son père sa première éducation professionnelle; à l'âge de 20 ans, il se rendit à Londres, étudia sous Astler Cooper et plusieurs autres chirurgiens remarquables, En 1815, il fut reçut membre du collège des chirurgiens. Deux ans plus tard, il commence à l'hôpital Guy des leçons sur l'art dentaire et est nommé chirurgien dentiste de l'établissement.

Pendant longtemps, il jouit d'une grande réputation et comme praticien et comme savant. Il obtint dans tout le cours de sa carrière professionnelle, honneurs, considération et richesse.

Il devint professeur à Kings-College en 1836, membre de la Société royale en 1838, secrétaire de cette société de 1838 à 1853, puis fut président de la Société linéenne, membre honoraire du Collège royal des chirurgiens, examinateur en chirurgie dentaire. Il a publié de nombreux travaux. Retiré à la campagne vers la fin de sa vie, il mourut en 1880, âgé de 88 ans.

En 1822, Alexandre Nasmyth commença l'étude de la profession à Edimbourg avec son frère qui l'y exerçait avec succès. De là, il fut à Paris, chez Audibran, où il étudia avec soin les méthodes pratiques. Quelques années plus tard, il revint à Londres et obtint le diplôme du Collège royal des chirurgiens. Vers 1839,

il publia quelques travaux, basés par des observations personnelles et des recherches scientifiques et littéraires nombreuses. Son talent professionnel le fit nommer dentiste de la famille royale; il mourut le 3 août 1849.

En 1836, John Tomes, de Londres, fit paraître un livre intitulé: *De la structure des dents, de leurs vaisseaux, comparaison de ces organes et des os.*

Tomes, le premier en Angleterre, s'occupait de la structure des dents. Comme Purkny et Retzius, Tomes donnait de nouveaux procédés pour démontrer la présence de vaisseaux dans la dentine.

Son fils Charles, suivant les traces de son père, obtint lui-même une haute situation, grâce à son talent de praticien, de professeur et d'écrivain. Il a publié un traité d'anatomie dentaire, grâce auquel nos connaissances, sur ce sujet, se sont notablement étendues.

A l'époque même où parut le premier tome du travail de John Toms, Richard Owen publia sur la structure des dents un ouvrage en deux volumes avec 168 figures. C'était le plus détaillé et le plus complet qui eût paru jusqu'alors sur la matière. La profession est redevable à Owen de données nombreuses relatives à l'embryologie et à la micrographie des dents. Il était membre du Collège des chirurgiens et eut un succès remarquable comme opérateur; en 1836 il y fut nommé professeur. Son talent, ses nombreuses recherches, les résultats qu'il obtint le font classer parmi les membres de la profession qui lui ont rendu les plus sérieux services.

Immédiatement après lui vint Jos. Swell qui jouit pendant longtemps d'une considération méritée comme praticien; en 1831 il publia un guide pratique pour les opérations qui se pratiquent sur les dents; une édition américaine parut l'année suivante.

James Robinson s'intéressait déjà à la physiologie du système dentaire lorsqu'il était étudiant à l'hôpital Guy. Né en 1813, il arrive à Londres en 1830 en qualité de chimiste; bientôt ses aptitudes et ses goûts le portent vers l'art dentaire; il obtint grâce à son habileté, d'excellents résultats. Il déploya son activité et son énergie pour améliorer la situation de toute sa profession par l'instruction et l'association. Dès 1842, il essaye d'établir une Société de dentistes, ses efforts échouent contre l'apathie de la plupart de ses confrères. Il a publié une monographie sur les dents et de nombreux articles dans les feuilles périodiques. En 1849, il est nommé dentiste du prince Albert; attire l'attention du collège de Baltimore qui le nomme docteur honoraire en chirurgie dentaire. Robinson prit une part active au grand mouvement réformiste de 1856; il fut le premier président par élection du collège des dentistes de Londres :

En 1862, il fonda l'Hôpital Dentaire national, ouvert peu de temps avant sa mort, au mois d'avril 1862.

Il est impossible de passer ici sous silence, Robert-Thomas Hulme, auteur d'un travail intitulé : Des dents à l'état physiologique ; il a beaucoup écrit dans la presse d'Angleterre et du Continent ; pendant quelque temps même il publia la *London Dental Review*. Cet auteur était né à Londres en 1816 ; il avait étudié la médecine à *London Hospital* et commencé à pratiquer en 1840.

Il était très estimé comme savant et obtint même la place de professeur d'anatomie comparée à l'Ecole de Médecine de Grosvenor place. Ses leçons n'étaient point faites à l'aide des notes écrites ; il paraissait au contraire improviser et produisait beaucoup d'effet sur tout le monde; il mourut en 1870, à 54 ans.

Les travaux de Benjamin W. Richardson lui assignent une place à part parmi les écrivains qui se sont, de nos jours, occupés d'art dentaire au point de vue théorique et pratique. Ses leçons au collège des dentistes d'Angleterre montrent que c'était un homme qui joignait un véritable talent pratique à une grande sûreté de coup d'œil.

Les efforts d'Edwin Sercombe eurent surtout pour but d'améliorer la situation de la spécialité qu'il pratiquait à Londres. c'était un homme très ferme et d'une grande droiture : il fut un des premiers membres du collège des dentistes ; pendant trois ans, il fut membre du Conseil, pendant deux, vice-président. Il naquit à à Gibraltar, en 1792, et mourut à Finchlay, le 22 août 1868.

Cartwright, Waite, Mason, Saltez, Coleman, Heath er Cole, ont contribué à divers titres au progrès de l'art dentaire dans la Grande-Bretagne.

Il nous paraît impossible d'étudier en détail les développements de la profession dans ce pays, une courte notice ne nous paraîtra pas cependant dénuée d'intérêt.

Dans les premiers temps les résultats obtenus étaient beaucoup plus remarquables au point de vue théorique qu'au point de vue pratique. On peut l'attribuer selon toute probabilité à ce que le Collège des dentistes de Londres fut ouvert 18 ou 20 ans après ceux d'Amérique. En 1860, le Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre établit un enseignement pour les dentistes et un examen pour l'obtention du grade de chirurgien dentiste. Considérant cet art comme une branche de la chirurgie, le collège établit pour les étudiants un cours qu'ils devaient suivre et des exercices qu'ils étaient tenus d'exécuter. Le diplôme conférait le droit à la pratique avec le titre de licencié en chirurgie dentaire conféré après une série d'épreuves probatoires.

En 1878, fut promulguée la loi sur l'exercice de l'art dentaire qui entra en vigueur l'année suivante. En vertu de cette loi, tout individu se disant dentiste, praticien dentiste en exerçant l'art dentaire sous n'importe quel titre devait faire inscrire son nom

sur le registre des dentistes. Ceux qui négligeaient cette formalité perdaient le droit à la pratique régulière. Cette loi confère aux dentistes des privilèges analogues à ceux des médecins. La même année, le Collège Royal des chirurgiens d'Irlande, établit des examens pour les dentistes et choisit pour examinateur des praticiens de la Grande-Bretagne, répondant à certaines conditions.

Le degrés conféré par ce diplôme, était celui de licencié en chirurgie dentaire du Collège Royal des chirurgiens d'Irlande. Le 2 août 1858, fut promulguée la loi relative aux qualifications qui permettent l'exercice de la médecine et de la chirurgie en Angleterre. Nous en extrayons la disposition suivante relative à l'art dentaire :

Art. 48 : En vertu d'une charte ayant force loi et conférée au nom de Sa Majesté, il est accordé au collège des chirurgiens le droit d'établir des examens pour constater la capacité au point de vue pratique de ceux qui voudront exercer l'art dentaire et désireront les passer.

Il n'y a pas longtemps, le système, de scolarité applicable aux étudiants dentistes désirant se faire inscrire, a été réglé conformément à la charte par les dentistes.

L'organisation actuelle a notablement contribué aux progrès de cette spécialité. La Société Odontologique de la Grande-Bretagne fut fondée à proprement parler en Angleterre, bien qu'elle soit formée de ses Sociétés ayant le même caractère. Il n'est pas possible de prévoir aujourd'hui tout le bien qu'on peut attendre d'une pareille association.

Le Collège des dentistes anglais a été fondé en 1855. Depuis ce temps on a vu s'élever l'Hôpital Dentaire et l'Ecole de Médecine de Londres, l'Hôpital et l'Ecole Dentaire d'Edimbourg, l'Hôpital et le Collège Anderson à Glasgow, le Dispensaire et l'Ecole Dentaire de Plymouth, l'Hôpital Dentaire de Dublin.

En 1858, le Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre, fonda une chaire d'Odontologie, *The New England Journal ol Dentistry, n° 1 et en 21,884.*

MISCELLANEA

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

Alexandre B..., âgé de six ans, était souffrant depuis quatre ou cinq jours sans que ses parents se rendissent bien compte de ce qu'il éprouvait, quand il fut admis au n° 20 de la salle Saint-Augustin, le 18 mai dernier. On nous dit seulement que l'enfant

avait été fiévreux la veille et l'avant-veille de son admission, mais que, jusqu'au 16 mai, tout en ayant les lèvres légèrement bouffies, il paraissait bien portant, comme il l'avait été d'ailleurs depuis sa naissance. Il nous fut démontré que la fièvre était une réalité, car, le 19 mai, on trouvait une température axillaire égale à 38° 6 avec cent trente pulsations, mais, qu'en dehors de ces phénomènes pyrétiques, nous n'avions à noter aucune perturbation viscérale, ni aucun signe stéthoscopique du côté du thorax. Toutefois, en examinant la langue, je découvris sur la face supérieure un peu blanchâtre, près de la pointe et à droite de la ligne médiane, une érosion à peu près rectangulaire mais à bord sinueux et qu'un enduit grisâtre peu épais recouvrait à sa superficie. Cette lésion me parut être significative au point de vue du diagnostic, et l'exploration du reste de la cavité buccale, exploration à laquelle le jeune malade se soumit avec docilité, me confirma dans ma première appréciation. Sur le rebord libre des gencives, du côté droit on voyait plusieurs pertes de substances étroites, allongées transversalement et en partie masquées par des néoplasies d'une teinte gris clair, très adhérentes aux couches sous-jacentes. En arrière de la lèvre inférieure, au niveau de l'incisive latérale et de la canine, existait une autre plaque à circonférence festonnée, à grand diamètre transversal, de dix à douze millimètres de largeur et recouverte d'une couche blanchâtre homogène, dont la face superficielle dépassait à peine le niveaau des portions de la muqueuse buccale qui l'environnaient. Enfin j'aperçus trois autres ulcérations de même apparence et de mêmes dimensions sur la face interne de la joue droite : l'une en face du maxillaire inférieur et de la seconde molaire, l'autre à la hauteur de la molaire correspondante du maxillaire supérieur, la troisième un peu en avant des deux précédentes.

Dans la partie postérieure de la bouche, ainsi que sur l'isthme de pharynx, je ne constatai que de la rougeur sans solution de continuité et sans dépôt néoplastique. L'haleine n'était que légèrement fétide ; d'ailleurs les ganglions, placés au voisinage du maxillaire inférieur, conservaient à peu près leur volume normal et paraissaient être peu douloureux à la pression. L'enfant avalait aisément une assez grande quantité de lait, bien qu'il n'écartât pas les arcades dentaires l'une de l'autre sans difficulté.

Nous étions donc en présence d'un cas de stomatite caractérisée par des ulcérations que marquaient des enduits de nouvelle formation et dont le début remontait vraisemblablement à cinq ou six jours. Mais les exsudats ne faisaient pas saillie à la surface de la muqueuse et ne se détachaient pas avec facilité, comme dans la diphthérie buccale. Ils n'avaient pas la coloration franchement blanche et l'aspect grenu des dépôts qui appartiennent au muguet, ils ne ressemblaient pas aux concrétions arrondies ou ovalaires dont les aphtes sont l'origine. D'un autre côté, on ne trouvait pas

chez cet enfant la désorganisation profonde des tissus qui appartient à la gangrène buccale et qui, fort heureusement, ne se voit presque plus de nos jours. Il ne pouvait s'agir par conséquent que d'une stomatite ulcéro-membraneuse, unilatérale comme elle l'est fort souvent, et occupant les régions sur lesquelles elle se développe de préférence, c'est-à-dire la face postérieure des lèvres, la portion voisine de la face interne de la joue, la pointe de la langue et le rebord gingival. A l'état local se joignaient quelques troubles fébriles avec un peu d'embarras gastrique. Mais le petit malade avalait sans peine, et se trouvait à cet égard dans de meilleures conditions que beaucoup de jeunes sujets affligés du même mal et chez lesquels la déglutition est si douloureuse que, tout en conservant l'appétit, ils ne peuvent s'alimenter et deviennent promptement très maigres et très anémiques. Dans ces conditions, relativement favorables, nous pouvions espérer une guérison facile et prompte. Nos prévisions à cet égard furent pleinement justifiées. J'administrai le chlorate de potasse à l'intérieur, à la dose de 3 grammes par vingt-quatre heures en même temps qu'on faisait, plusieurs fois par jour, un badigeonnage avec un collutoire composé de quatre grammes de ce médicament et de huit grammes de glycérine. Sous l'influence de ce traitement, le rebord gingival ne tarda pas à se modifier et reprit son aspect normal au bout de trois jours. Le 24 mai, la langue et la lèvre inférieure étaient complètement cicatrisées. L'amélioration fut plus lente pour les plaques ulcéreuses de la face interne de la joue ; celle qui correspondait à la seconde molaire supérieure existait encore le 1er juin, et ne disparut complètement que le 4. Mais, à cette date, le petit garçon semblait être revenu à la santé depuis près d'une semaine, et la mastication s'effectuait chez lui sans aucune douleur. Il quitta l'hôpital, le 6 juin, complètement guéri.

DISPROPORTIONALITÉ DES ANOMALIES DENTAIRES SELON LE COTÉ (1)

Dans une note publiée le 22 janvier dernier dans nos comptes rendus, M. Debierre (de Lyon) s'est proposé de résoudre la question suivante : Le développement des membres du côté droit l'emporte-t-il originairement sur celui des membres du côté gauche ? En d'autres termes, est-on droitier ou gaucher de naissance, ou le devient-on seulement par éducation ?

Dans un travail publié en 1884 sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, j'avais mis en lumière ce fait assez inattendu, que les dents du côté droit sont plus volumineuses que celles du côté gauche et ont également une densité plus considérable.

Non seulement cela est vrai pour les dents permanentes, mais nous avons encore pu établir qu'il en était de même pour les dents de lait et que ces dernières se cariaient en plus grand nombre du côté gauche que du côté droit.

---

(1) La droiterie et la gaucherie sont-elles fonctions de l'éducation ou de l'hérédité, par le Dr V. Galippe.

Ce travail était probablement inconnu de M. Debierre. Depuis sa publication, j'ai étudié de nouveau la pathologie comparée des maxillaires droits et des maxillaires gauches. A différentes reprises, j'ai eu l'occasion d'exposer dans le service de M. le Pr Grancher à l'hôpital des Enfants, mes idées théoriques ainsi que les résultats de mes recherches.

Il nous semble que M. Debierre a tiré de ses expériences des conclusions trop générales.

Tous ceux qui s'occupent de pathologie dentaire ont été frappés de ce fait que les accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse sont plus fréquents à gauche qu'à droite. Toutefois, l'explication de ce fait était restée un peu obscure, bien qu'elle ressorte de l'observation même des faits. Si l'on prend un sujet ayant le crâne régulièrement constitué, on pourra voir tandis que la dent de sagesse droite a fait régulièrement son évolution, ou que la dent de sagesse gauche est sortie péniblement en provoquant des accidents plus ou moins graves, ou qu'elle manque complètement. Or, comme j'ai démontré que du côté gauche les dents étaient moins volumineuses que du côté droit, si, en dépit de cette infériorité de volume, la dent de sagesse ne trouve point de place pour faire son éruption, c'est que le maxillaire inférieur gauche est moins développé que le droit. Le raisonnement inverse est applicable au maxillaire droit. Il doit en être de même du maxillaire supérieur ; seulement, pour des raisons d'ordre purement anatomique, on n'observe que très rarement des accidents de dents de sagesse au maxillaire supérieur.

Notre ancien collègue, A. Heydenreich, dans sa thèse d'agrégation de 1878, avait été très frappé du fait que nous venons de signaler, mais on conçoit qu'il n'ait pas eu le loisir d'en rechercher la cause.

La lecture de sa thèse, si intéressante à tant de titres, l'est également au point de vue qui nous occupe. Nous avons fait le relevé des nombreuses observations qu'elle renferme. Parmi celles où le côté malade est indiqué, le côté gauche l'emporte de beaucoup. Il nous eût été facile de faire une statistique, mais nous y avons renoncé, et voici pourquoi : dans les cas où le côté droit a été le siège d'accidents, nous ignorons si le patient était gaucher ou droitier. Cette lacune a une grande importance, car chez les gauchers, ainsi que nous l'avons dit, le côté droit du maxillaire est moins développé que le gauche. Il sera nécessaire à l'avenir, lorsque l'on observera des faits analogues, de s'enquérir toujours, comme nous le faisons depuis plusieurs années, de cette particularité importante : le malade est-il droitier ou gaucher. Nous nous sommes heurté à la même difficulté lorsque nous avons recherché, dans les auteurs, si les anomalies prédominaient à gauche chez les droitiers, à droite chez les gauchers.

Pour ce qui regarde la dent de sagesse, nous ajouterons que non seulement ce sont les accidents osseux qui prédominent à gauche chez les droitiers, mais encore ceux qu'on a décrits sous le nom de muqueux, de nerveux, etc.

L'observation des faits m'a montré qu'on n'avait pas impunément des anomalies dentaires. Que ces anomalies soient sous la dépendance d'un arrêt de développement de la base du crâne retentissant sur la orme de la voûte palatine, dont l'atrésie est plus ou moins marquée, ou qu'elles soient attribuables à la migration ou à des troubles surve-

nus dans le développement du follicule dentaire, elles sont souvent héréditaires et elles témoignent toujours de l'existence d'une tare plus ou moins grave. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur l'étiologie de ce genre de lésions. Pour ce qui regarde la dent de sagesse, et afin de ne plus y revenir, nous signalerons l'horizontalisme de cette dent. Les deux cas que nous avons observés appartenaient à deux malades droitières ; les dents horizontales étaient à gauche ; l'une des malades est atteinte d'une névrose convulsive grave, elle a en plus une voûte palatine ogivale, comme cela s'observe très fréquemment chez les nerveux.

Dans ce cas, on ne peut invoquer le manque de place, c'est une anomalie d'éruption.

Depuis plusieurs années que cette influence du côté a attiré mon attention, j'ai recueilli dans ma clientèle privée, ainsi que dans les hôpitaux, un certain nombre d'anomalies ; j'ai observé, du moins, dans la limite des faits personnels que j'ai recueillis, que chez les droitiers les anomalies étaient plus fréquentes à droite qu'à gauche. Je ne me crois pas pour cela autorisé à conclure fermement qu'il en est toujours ainsi, et je fais appel à ceux de mes confrères qui s'occupent des mêmes questions que moi pour classer leurs observations.

. . . .

Sur soixante-quatre observations d'anomalies observées par moi, abstraction faite des cas assez nombreux dans lesquels les anomalies étaient symétriques, nous relevons quarante et une anomalies à gauche et vingt-trois à droite.

Si, d'autre part, on veut bien remarquer que trois observations portées au bénéfice du côté droit doivent en être retranchées, puisqu'elles appartiennent à des gauchers, nous avons alors :

Anomalies portant sur le maxillaire gauche 41
Anomalies portant sur le maxillaire droit 20

Ce qui fait une proportion supérieure de 50 p. 100 en faveur du côté gauche. Je ne me dissimule pas que ces chiffres ont une valeur relative, et qu'il faudrait des centaines d'observations pour les corroborer; néanmoins, on voudra bien m'accorder qu'ils apportent un appui considérable aux idées que je me suis proposé de défendre dans cette note.

Lorsqu'on jette les yeux sur les travaux faits en dehors de toute préoccupation analogue à celle qui a dirigé mes recherches, on est frappé de la fréquence des anomalies gauches. Encore faut-il tenir compte de ce point particulier que, dans les ouvrages dont nous parlons (*Magitt*, Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et chez les mammifères. Paris, 1887.—*G. Gaillard*. Des déviations des arcades dentaires et de leur traitement rationnel. Paris, 1881), les auteurs, dans les figures qu'ils donnent, ont, comme ils le devaient du reste, choisi celles de leurs observations qui étaient les plus typiques et les plus probantes et qui démontraient le mieux ce que chacun d'eux croit être la vérité. Quoi qu'il en soit, comme nous l'avons dit plus haut, ces deux auteurs ne se sont point préoccupés de l'influence du côté sur la production des anomalies, de telle sorte que, pour les raisons que j'ai données plus haut, il n'est pas possible de faire une statistique.

Dans l'ouvrage de M. Magitot, je signalerai toutefois que la planche relative aux anomalies de forme, renferme plus d'exemples appartenant au côté gauche qu'au côté droit.

Pour les anomalies de nombre et de siège, celles appartenant au côté gauche et au côté droit sont à peu près égales. Je ne parle, bien entendu, que des figures.

Dans les anomalies de direction, c'est le côté gauche qui l'emporte. En parcourant le remarquable travail de M. le Dr Gaillard, si riche en documents, on est frappé par la seule inspection des figures du nombre considérable des anomalies qui siègent du côté gauche. Parmi les exemples choisis par notre distingué confrère, on en compte deux fois plus appartenant au côté gauche qu'au côte droit, et encore ne savons-nous pas davantage, si, parmi les cas observés à droite, il n'y en avait pas appartenant à des gauchers.

Toutefois, en ce qui concerne l'hétérotopie des canines, M. Gaillard signale que presque tous les cas qu'il a observés appartiennent au *côté droit* (*loc. cit.*, p. 72).

C'est là un fait qui est contraire à l'opinion que je soutiens. De nouvelles observations seraient nécessaires pour l'établir définitivement ou pour l'interpréter ; néanmoins, je dois signaler que dans mes propres observations d'anomalies, appartenant au maxillaire supérieur droit, j'ai sept cas d'hétérotopie appartenant à la canine supérieure droite.

Il semble donc résulter de tout ce qui précède que chez les droitiers le maxillaire gauche constitue un lieu d'élection pour les anomalies, tandis que ce serait le maxillaire droit chez les gauchers qui présenterait cette particularité.

(*Société de biologie*). Séance du 30 juillet.

Du développement des dents de seconde dentition,

Par M. J. Albarran.

Nous avons étudié les incisives canines et prémolaires sur des mâchoires provenant d'enfants âgés de trois, cinq et demi et six ans et demi. Nos recherches ont porté sur trois points principaux : 1° formation de l'alvéole de la dent de remplacement ; 2° développement du ligament alvéolo-dentaire et mécanisme de la poussée de la dent définitive ; 3° résorption de la racine de la dent de lait.

Formation de l'alvéole de la d nt de remplacement. — On sait que du cordon épithélial de la dent de lait part un bourgeon secondaire qui, se plaçant en bas et en arrière du germe primitif, va former la dent définitive ; bientôt il apparaît entre les deux germes une cloison osseuse qui sépare les deux alvéoles ; mais l'alvéole de la dent de remplacement ne se trouve pas, comme on le croit généralement, complètement fermée du côté de la gencive ; il existe à ce niveau un canal constant (iter dentis de Serres), qui contient le trousseau fibreux et les débris épithéliaux du gubernaculum décrits par Malassez. C'est à la déviation ou à l'oblitération de ce canal que, dans un travail antérieur, nous avons attribué le développement des kystes dentifères.

Nous avons pu vérifier l'exactitude de la description de M. Malassez, et nous insistons tout particulièrement sur l'existence, constante dans nos préparations, d'un gros débris siégeant en haut et en arrière de la paroi du follicule de la dent définitive. En haut, ce débris pénètre dans le gubernaculum, en bas il se prolonge fort loin dans la paroi du follicule, et se trouve dans un rapport plus ou moins intime avec la couche externe de l'organe de l'émail.

Les cellules qui forment ce débris sont cylindriques à la périphérie, pavimenteuses à filaments d'union, parfois plus ou moins nettement adamantines, dans les couches centrales.

La situation de ce débris en arrière de la dent de remplacement, comme le germe de celle-ci est lui-même situé en arrière du germe de la dent de lait; son existence constante; sa grandeur; sa structure elle-même; tout nous conduit à penser que ce débris représente un organe atrophié, répondant peut-être à une troisième rangée de dents, comme on en voit chez les vertébrés inférieurs.

A mesure que la couronne de la dent de remplacement se développe la cavité folliculaire elle-même augmente et se trouve ainsi de plus en plus rapprochée de la gencive. Pendant ce temps, la cloison interalvéolaire se détruit, par ostéite, de bas en haut, en même temps que la racine de la dent de lait disparaît peu à peu. A ce moment, il n'existe plus qu'une seule grande alvéole, dont la paroi antérieure est formée par la paroi antérieure de l'alvéole de la dent de lait, et dont la paroi postérieure répond à la paroi postérieure du canal gingivo-alvéolaire (iter dentis) qui n'existe plus. Dans cette alvéole se trouvent comprises les deux dents, de lait et de remplacement, séparées par une simple cloison conjonctive, laquelle est formée par l'union de la paroi du follicule de la dent de remplacement et par la portion correspondante du ligament de la dent de lait.

Cette alvéole elle-même va bientôt se détruire, par ostéite, de haut en bas jusqu'au niveau de la racine de la dent de remplacement, c'est-à-dire jusqu'au point où la paroi du follicule de cette dent se continue avec la papille.

On voit donc que l'ostéite destructive atteint toute la partie de l'os qui formait l'alvéole de la dent de lait, le canal gingivo-alvéolaire, et même une grande portion de la coupe osseuse du follicule de remplacement. L'alvéole définitive n'aura donc aucun rapport avec l'alvéole de la dent de lait; elle se trouvera formée tout entière par la portion de l'os qui entoure, à mesure qu'elle se développe, la nouvelle racine.

Developpement du ligament alvéolo-dentaire. — On admet généralement, depuis les travaux de Magitôt, que, à un moment donné, le follicule s'ouvre à sa parti supérieure pour laisser passer la couronne de la dent qui pousse, et que les deux parois opposées de ce follicule s'appliquent ensuite sur la racine, pour constituer le ligament alvéolo-dentaire.

Voici ce que nous avons vu :

A mesure que la dent se forme, la cavité du follicule s'agrandit, aux dépens du gubernaculum d'abord, puis aux dépens des cloisons osseuses que nous avons vues disparaître successivement, si bien que, à un moment donne, alors que la racine de la dent de lait se trouve complètement détruite, le sommet de la cavité est reporté au niveau des papilles de l'épithélium de la gencive, juste en arrière de la dent de lait. Jusqu'alors, la cavité folliculaire est parfaitement close, et même on la voit tapissée d'une couche de cellules épithéliales à filaments d'union. Cette couche épithéliale est plus épaisse en haut, de chaque côté du sommet de la voûte, que dans les parties inférieures, et il est facile de se rendre compte de sa signification, en la considérant simplement comme la partie la plus extrême de l'organe de l'email, dont les cellules n'ont pas subi l'évolution adamantine, et dont les papilles ont disparu.

Bientôt la gencive est percée, la dent de lait tombe et la cavité du follicule communique avec la cavité buccale; alors la couche épithéliale que nous venons de décrire va se continuer avec l'épithélium de la gencive, et ce qui en restera formera, par la suite, une portion de l'épithélium de la sertissure.

Pendant ce temps, et dans la suite jusqu'à l'éruption complète de la dent, on verra les parties molles s'atrophier comme l'ont fait les os et la racine de la dent de lait; la gencive va s'abaisser, et le profond cul-de-sac circulaire qui existait au moment où la gencive a été percée et qui répondait à toute la hauteur de la cavité folliculaire, va se trouver réduit au petit sillon que l'on connaît autour de la dent déjà sortie.

On voit donc qu'il ne restera de la paroi du follicule qu'une petite portion confondue avec la gencive, et qui répond aux parois de la sertissure.

Tandis que ces phénomènes d'atrophie se passent dans les parties supérieures, la racine se développe dans les parties inférieures; le cément naît au sein du tissu conjonctif, et la partie de ce tissu qui se trouve comprise entre lui et l'os forme le ligament alvéolo-dentaire.

Au début, les fibres du ligament ont une direction générale parallèle à la nouvelle racine; mais bientôt on les voit devenir obliques de haut en bas, et de dehors en dedans, cette obliquité étant plus prononcée à mesure qu'on examine les fibres les plus supérieures. Cette disposition est facile à comprendre, si l'on considère que ces fibres sont entraînées en haut par la poussée de la racine, poussée mesurée par leur obliquité. Les parties les plus supérieures, qui sont de formation plus ancienne seront donc les plus obliques, et lorsque la dent sera complètement développée, on verra des fibres qui, à ce niveau, présenteront une guérison transversale et même un peu oblique en sens inverse; disposition signalée, chez l'adulte, par notre maître Malassez.

Ceci étant donné, on comprend que les débris épithéliaux existant chez l'adulte devront surtout siéger dans les parties supérieures du ligament, dans celles qui, à un moment donné, ont été en rapport plus immédiat avec ces débris.

Destruction de la racine de la dent de lait. — Sans nous étendre longuement sur ce sujet, nous dirons que nos recherches concordent avec l'opinion de Redier. Il est, en effet, facile de voir que la racine se détruit par simple ostéite. Nous ferons remarquer que les cellules semblables aux myeloplaxes que Tomes décrit dans son organe destructeur de la racine existent réellement. Ce sont les cellules ostéophages de l'ostéite simple.

Quant au ligament de la dent de lait, il se confond, à un moment donné, avec la paroi du follicule de la dent de remplacement, puis il subit le même sort et disparaît par atrophie.

Mécanisme de la poussée de la dent de remplacement. — Nous avons vu disparaître peu à peu presque toutes les parties molles ou dures qui se trouvent au-dessus du cul-de-sac inférieur de l'organe de l'émail, du point où débute la formation de la racine; il est donc juste de dire que la dent pousse plutôt parce que le bord gingival s'abaisse que par sa propre poussée; mais il nous faut admettre, à côté de ce mécanisme, un autre mode de progression parallèle dû au développement de la racine, poussée coadjuvante, qui, comme nous l'avons établi, peut être mesurée par l'obliquité et le renversement des fibres supérieures du ligament alvéolo-dentaire.

Enfin, un troisième facteur est représenté par le développement de la mâchoire elle-même, développement qui se fait surtout par la partie convexe de l'os recouverte d'un périoste épais. Ce mode d'accroissement du maxillaire fait tout naturellement apparaître la jeune dent de plus en plus rapprochée de son bord supérieur.

Pour nous résumer, nous établirons les propositions suivantes :

1° Toute la partie du maxillaire comprise entre le bord alvéolaire et le cul-de-sac de l'organe de l'émail de la dent de remplacement disparaît par ostéite raréfiante. L'alvéole définitive se trouve ainsi tout entière être de nouvelle formation, son développement se faisant parallèlement au développement de la racine;

2° Le ligament alvéolo-dentaire, dont la formation est contemporaine de celle de la racine et de l'alvéole, est indépendante des parois du follicule. Ce ligament provient de la portion du tissu conjonctif qui ne s'est transformée ni en os ni en cément. L'obliquité des fibres du ligament est due à la poussée de la racine dont elle mesure la hauteur ;

3° La racine de la dent de lait se détruit par simple ostéite ;

4° La dent de remplacement pousse parce que : (*a*) les parties molles et dures situées au-dessus de la racine se détruisent; (*b*) la racine pousse ; (*c*) la mâchoire se développe surtout par son bord inférieur ;

5° Il existe chez l'homme, indépendamment d'un certain nombre de débris épithéliaux disséminés et de moindre importance, un amas prithélial volumineux, situé en arrière de la dent de remplacement, et péobablement du cordon épithélial de cette seconde dent, amas qui nous paraît représenter un organe atrophié correspondant à une troisième rangée de dents.

(*Société de Biologie*).

NOUVELLES

MM. Dubois et Kuhn, délégués de l'Association générale des Dentistes de France et de l'Ecole Dentaire de Paris au Congrès médical international de Washington, se sont embarqués pour New-York le samedi 20 août 1887 sur la *Gascogne*, de la Compagnie générale transatlantique.

Le président de l'Association, M. E. Lecaudey, le secrétaire général, M. Ch. Godon et le trésorier, M. Ronnet, avaient tenu à accompagner les sympathiques délégués jusqu'au Havre et à assister à leur départ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1886-87)

Art Dentaire et Sciences connexes

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN FRANÇAIS

ASH. — Catalogue dentaire 1887.

AUGGÉ. — Sarcome de la face (Journal de Méd. de Bordeaux, 21 juin.)

BARRIER. — Usure en forme de biseau de la table des molaires supérieures et inférieures chez un cheval. (Bullet. de la Soc. de Méd. Vétérinaire).

BONARD. — Contribution à l'étude de la glosse-stomatite épithéliale chronique superficielle (Sporiasis buccal de Bazin) et de son traitement hydrominéral.

CARARIAS. — Etude sur les vaselines liquides comme véhicule dans la méthode hypodermique.

CHAULMONTET.—Le bichlorure de méthyline comme anesthésique. (Rev. et Arch. suisses d Odont. Avril. Thèse soutenue à l'Ecole dentaire de Genève.

CRUET. — Odontologie en Année médicale 1886. (Publication du Progres médical.)

DEBOUT D'ESTRÉE. — De la goutte parotidienne. (Journ. de Méd. de Paris, 26 juin.)

DUCHESNE. — De la cocaïne et de ses principales applications en thérapeutique.

DENEFFE. — Rapport sur l'organisation de l'enseignement odontologique en Belgique et sur les modifications à apporter à la loi sur l'art dentaire. (Bullet. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique, 6. p. 421-532.)

DESMOULINS (R.). — Etudes sur l'eau oxygénée au point de vue médical.

DORE. — Observations sur un bec de lièvre compliqué. (Rev. Méd. de Toulouse, 15 juilet.)

GAIGNARD. — La solanine. Etude physiologique et thérapeutique; MM. Laboulbène, Brouardel, Debove et Quenu.

PIGNOL. — Signes stéthoscopiques : M. Ball.

GROUT. — De la migraine dentaire, névralgie du trifacial et de son traitement par la névrotomie auricula temporale. (Communication. Acad. de Méd., 21 juillet.)

LE FRIEDEL. — De la greffe dentaire au point de vue historique et expérimental. Travail du laboratoire d'histologie normale de l'Université de Genève. (Imprimerie des Méchitaristes. G. Heinrich, Vienne.)

LOMBARD. — Recherches sur les propriétés du Salol.

MALASSEZ. — Sur la structure du « gubernaculum dentis » et la théorie paradentaire.

MOREL-LAVALLÉE. — Sur une fausse dent d'Hutchinson, déformation professionnelle chez un cordonnier. (Ann. de Dermat. et de Syph., 25 mai.)

ROCHET. — De l'épithéliome labial, lingual et jugal chez la femme. (Prov. Méd., 21 mai.)

ROCHET. — Les différentes greffes dans la réparation des pertes de substance. (Prov. Méd., 25 juin.)

ROSSI. — Etude sur la relation du système dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec de lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure.

SUZANNE. — Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche avec étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublinguale. (Th. de Bordeaux.)

WARYNSKY. — Sur les anomalies numériques des dents dans la gueule de loup. (Rev. et Arch. suisses d'Odont., Avril.)

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue Odontologique.
L'art Dentaire.
Revue Dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances Médicales.
La Pratique Médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union Médicale.
Gazette de Gynécologie.
Gazette française de Médecine et de Pharmacie.
Archives de Pharmacie.
L'Avenir Pharmaceutique.
Revue Odontologique de Belgique.
Revue et Archives Suisses d'Odontologie.
Annales de la Sociéta d'Odontologica de la Habana.
The Dental Cosmos.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental Science.
The Britisch Journal of Dental Science
The Dental Record.
The Dental Luminary.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The Dantal Eclectie.
The Dental Practitioner.
Correspondenz-blatt für Zahnarzte.
Journal für Zahnheilhunde.
Deutsche Monatschrift für Zahnehilkunde.
Zahntechnische Reform.
Shandinavish Tidsshrift for Tandlaeger.
Monatschrift des Vereins Deuscher Zahnkunstler.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkund

AVIS

Un jeune dentiste de l'Ecole de Genève désirerait trouver au mois d'octobre, et pour quelques mois, une place d'aurificateur à condition qu'il lui reste deux ou trois heures par jour pour se perfectionner dans la prothèse. Il se contenterait d'appointements peu élevés.

Ecrire au bureau du journal sous les initiales A. B. M.

Nous rappelons à Messieurs les membres de l'Association générale des dentistes de France, qu'en vertu de l'article 8 des statuts, la cotisation annuelle est payable par semestre et d'avance.

Les membres en retard sont priés d'adresser, le plus tôt possible, le montant de leurs cotisations à M. Papot, sous-trésorier, 23, rue Richer, à Paris.

MM. les Sociétaires sont informés, qu'à l'avenir, la Société Générale sera chargée des encaissements pour Paris et toutes les villes où elle a des succursales. Les quittances seront présentées pour le 1[er] semestre dans les premiers jours de Février et pour le 2[e] semestre dans les premiers jours d'Août.

Les demandes de renseignements doivent être accompagnées d'un timbre pour la réponse.

Vol. 7. Paris, Septembre 1887. N° 9.

L'ODONTOLOGIE

FACULTÉ DE ... DE PARIS

IXe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES TENU A WASHINGTON

Par M. P. Dubois

Délégué de l'Association Générale des Dentistes de France

Il était quelque peu téméraire de faire siéger le 9e Congrès international des Sciences médicales de l'autre côté de l'Atlantique.

Malgré les steamers, malgré le confort et la grande sécurité qu'ils assurent, il était à craindre, que beaucoup hésiteraient à franchir près d'un quart du méridien, pour participer à une réunion scientifique.

La curiosité de l'esprit, l'amour du savoir professionnel se satisfaisaient en cette circonstance à un prix assez élevé. Trop élevé pour beaucoup.

Par suite de ces craintes, le Congrès de Washington fut privé d'une notable partie de l'élément européen.

Cette abstention fut regrettable non seulement pour nos hôtes, mais aussi pour les quelques représentants du vieux monde qui, isolés, noyés dans le flot des praticiens indigènes, ne trouvèrent pas un écho suffisant à leurs pensées, d'autant plus que le service d'interprète n'ayant pas été largement assuré, la faculté de s'exprimer en l'une des trois langues officielles : anglais, français, allemand, était lettre-morte et se trouvait réduite, en fait, à l'usage à peu près exclusif de l'anglais.

L'hospitalité américaine fut trop large, trop gracieuse, pour qu'il soit permis d'insister sur les petites défectuosités d'organisation de cette grande réunion, faite dans des conditions toutes nouvelles.

Pour beaucoup, le Congrès n'était qu'un motif occasionnel. Voir l'Amérique, juger de sa civilisation, de ses progrès, étudier et comparer l'état de la science et de la technique spéciales à chacun, étaient les raisons déterminantes.

Ce sont surtout ces dernières qui décidèrent l'intervention de notre association et suscitèrent les souscriptions. Ce sont elles

qui mirent fin à nos dernières hésitations et nous firent accepter la mission dont on nous honorait.

Nous n'avons pas, — après tant d'autres, — à décrire les pays que nous avons traversés. Beaucoup seraient surpris d'apprendre qu'en n'employant que des couleurs exactes, on leur ferait un tableau peu différent de celui qu'ils ont sous les yeux. Que leur vieux monde ne souffre pas trop à la comparaison, qu'ils y trouvent des jouissances intellectuelles et morales que ne peuvent donner au même degré les civilisations récentes.

Ah ! il serait injuste de demander à cette société, née d'hier, qui a eu tant à faire pour pourvoir à ses besoins matériels, de nous montrer en tout l'équivalence de notre antique Europe. Mais à ne juger des choses que par la somme des biens qu'ils produisent, on voit qu'il n'est pas sans profit de se trouver l'héritier des générations disparues, que les vestiges qui nous en restent ne sont pas sans enseignement et sans éloquence ; l'histoire que nous content nos monuments sans charme et sans beauté ; que nos bibliothèques, nos musées ouverts libéralement à tous ; nos grands établissements scientifiques, centres de haute culture intellectuelle, ont leur grandeur, leur utilité, — même immédiate.

A mesure que nous pénétrions dans le continent américain, nous nous sentions mieux aimer la patrie, nous nous sentions pleins d'espoir en ses destinées. Nous pensions qu'en ce qui nous concerne elle pourrait aisément regagner l'avance partielle que nos jeunes concurrents ont pu prendre sur nous, à l'époque où nous ne pouvions mettre en commun les efforts des hommes de bonne volonté.

Après une visite sommaire de New-York, après avoir admiré sa baie grandiose, son port unique, la hardiesse des ingénieurs qui conçurent et exécutèrent ce merveilleux pont de Brooklyn, ses beaux parcs ; après avoir été confondu en voyant l'intensité de vie et de mouvement de cette immense ruche, nous nous dirigeâmes sur Philadelphie et Washington.

Le corps médical de Philadelphie fit les honneurs de sa ville de la manière la plus cordiale. Les délégués garderont surtout l'aimable souvenir des docteurs Pancoast et Shœmaker qui s'employèrent, avec une bonne grâce charmante, à faire connaître à leurs hôtes d'un jour leur belle ville, les grands parcs qui l'ornent.

Washington laisse une impression différente des autres villes des Etats-Unis ; on l'a comparé à Versailles, non sans raison. La Maison-Blanche, qui depuis quatre-vingts ans, sert de résidence aux présidents de la République, semble avoir été copiée sur Trianon : l'absence d'industrie, les larges avenues, l'aspect tran-

quille de la cité, jusqu'à l'herbe entre les pavés, évoquent dans l'esprit du Français le souvenir de la ville de Louis XIV.

C'est dans ce milieu paisible que se tint le 9e Congrès international des Sciences médicales.

La séance d'inauguration eut lieu dans le plus grand théâtre de la ville *Albaugh's Opera House*. L'assistance était des plus nombreuses et débordait en dehors de la salle.

Le président de la République, M. Cleveland, nous fit l'honneur d'ouvrir le Congrès. Il s'exprima en ces termes :

« Notre pays doit se féliciter de voir réunis aujourd'hui dans sa capitale un si grand nombre de citoyens et d'étrangers distingués tous médecins et tous dévoués au progrès de la science et de l'humanité.

« Mon devoir est ici agréable, mais de peu de durée ; il consiste à déclarer ouverte la neuvième session du Congrès international des sciences médicales. »

Puis MM. Hamilton, secrétaire général, et Garnett, président du comité des fêtes, communiquèrent à l'assemblée les détails de l'organisation du Congrès et les dates des réceptions et fêtes offertes aux délégués.

M. Bayard, secrétaire d'Etat, prit ensuite la parole ; son discours éloquent souleva à plusieurs reprises les applaudissements. Il rendit hommage au rôle à la mission du médecin dans la société actuelle :

« Nous savons apprécier et respecter les hommes de science ; nous vous saluons donc comme gardiens de la santé des nations et nous reconnaissons pleinement dans votre profession la plus noble école d'utilité humaine.

« Dans les progrès faits pour adoucir la souffrance, pour prolonger l'existence de vos semblables, nous avons reconnu notre dette vis-à-vis de ceux pour qui bien souvent un simple mot de gratitude est toute la récompense. »

Puis les délégués étrangers vinrent remercier tour à tour les membres du comité d'organisation et les autorités de leur bienveillant accueil : MM. Lloyd pour l'Angleterre, Lefort pour la France, Nuna pour l'Allemagne, Semnola pour l'Italie et Reyer pour la Russie.

Le président du Congrès, M. Davis, fit ensuite la conférence d'ouverture : La nature complexe de l'art médical, la nécessité de l'étude de l'ensemble, l'avantage des réunions des sociétés médicales, furent successivement abordés par l'orateur.

Des applaudissements saluèrent M. Davis. Puis M. le président de la République vint lui serrer la main.

La séance d'ouverture était terminée.

Dès l'après-midi le travail commençait dans les sections.

XVIIIe SECTION

CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

J. TAFT DE CINCINNATI, *président*

Secrétaires : Dudley de Salem, Rehwinkel de Chillicothe

Après quelques paroles de bienvenue, le président de la section, le Dr Taft, fit le discours d'ouverture ; il prit pour sujet :

Le développement de l'art dentaire.
Les facteurs et les forces qui y contribuent

En plaçant à la tête de la XVIIIe section notre éminent conrère le Dr Taft, les dentistes américains ont voulu témoigner de leur estime à l'un des vétérans de la profession, à l'auteur d'un des meilleurs livres classiques que nous possédons, livre dans lequel plusieurs générations de dentistes ont appris la dentisterie opératoire.

L'orateur passa en revue l'histoire de l'art dentaire dans le monde et principalement en Amérique. Il rappela au milieu de quelles difficultés les premières sociétés dentaires fonctionnèrent, l'apparence de hardiesse de ceux, qui publièrent, en 1839, le premier journal dentaire l'*American*, journal of Dental science, et qui établirent l'Ecole dentaire de Baltimore en 1840. Il montra combien ces fondations répondaient à des nécessités réelles, que l'Europe a senties à son tour et qui, selon les pays ont pris différentes formes, agissant dans certains avec le concours des gouvernements, dans d'autres laissant le soin du développement à l'initiative privée. Quelqu'aient été les moyens, la place accordée à l'art dentaire a été croissante.

Il termine en disant :

« Avons-nous fait tout ce dont nous sommes capables ? Avons-nous atteint le point le plus élevé. Nous pensons qu'il est possible de faire encore plus. Les forces dont nous disposons sont plus grandes que jamais. Jamais notre littérature n'a fait mieux son office d'information. Le travail de nos associations n'a jamais été aussi grand, aussi suivi. Nos écoles ont reçu de nouvelles impul-

sions pour aller plus loin et plus haut. Nous pouvons donc garantir que nous obtiendrons de plus grands résultats, car la soif d'avancement ne fut jamais plus grande.

« Notre profession est unie, nous marchons en une colonne compacte où chaque individu jouit de l'indépendance de la pensée, où tous sont en commune sympathie. Les factions, les divisions n'éparpillent pas nos forces, et ensemble, nous travaillons à l'accomplissement de la tâche, à la défense des hauts intérêts dont nous avons la garde.

« Le travail de cette section est attendu par ceux qui ne peuvent y participer avec de grandes espérances. Laissez-moi croire qu'elles seront satisfaites. »

Quand les applaudissements eurent cessé, la Société dentaire de Minnesota présenta au Dr Taft un témoignage d'estime et de reconnaissance pour ses services professionnels.

Ce cadeau reproduisait une dent de mammouth ; un cercle en or portait l'inscription.

Ce touchant incident terminé, la séance continua.

Voici la nomenclature des démonstrations et communications faites à la XVIIIe Section :

1° Partie clinique

ATKINSON. Chirurgie orale et pyorrhée alvéolaire.

W. CARR. Traitement des fractures du maxillaire par le moyen d'attelles interdentaires.

INGERSOLL. Traitement chirurgical des gencives.

BOUTON. Aurification à l'or adhésif à l'aide du maillet électrique.

OTTOFY. Implantation.

ADAIR. Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

W. RICHARDS. Méthode pour atteindre et traiter les abcès alvéolaires et ceux du sinus.

JONES. Traitement de l'abcès alvéolaire et de la nécrose.

LUDWIG. Aurification de contour sur une deuxième bicuspide supérieure droite.

GAYLORD. Aurification avec un maillet pneumatique.

HASKELL. Travail du Continous Gum.

HALL LEWIS. Travail de la plaque d'or. Nouvelle méthode pour fixer les dents artificielles.

PARR. Couronnes en or et porcelaine.

PATRICK. Méthode pour faire les couronnes en or et le bridgework.

TURNER. Application de bandes simples pour corriger certaines irrégularités.

MC. CAUSEY. Traitement des pulpes gangrénées.

L. JACK. Traitement conservateur de la pulpe.

GERAU. Aurification par la méthode de Herbst.

CONRAD. Traitement et obturation immédiate des canaux radiculaires.

SHUMWAY. Enploi de fouloirs avec pointes d'ivoire pour l'aurification.
VASSAL. Obturation des canaux radiculaires.
SMITH. Obturation des canaux radiculaires avec une tige d'or et de la gutta-percha. — Obturation d'une cavité antérieure proximale antérieure avec de l'or mou.
SALOMON. Maillet électrique et opération de contour.
CRENSHAW. Maillet électrique et obturation de contour,
YOUNGER. Implantation de dents.
J. ALLAN. Travail à gencive continue.
JACKSON. Modèles et applications pour le redressement des dents.
MORRISON. Obturation des canaux radiculaires avec de l'or pur en fil.
HOFHENIZ. Opérations de contour sur les dents antérieures.
NILES. Opérations avec l'or mou et l'or adhésif combinés.
DAVIS. Opérations de contour avec le maillet électrique.
M. ALLEN. Aurification avec l'or de Steurer.
MARSHALL. Aurification de contour en employant de l'or (*velours*), en cylindres.
WINKLER. Insertions de fragments de porcelaines dans les cavités labiales des dents antérieures.
CHAPPEL. Aurification de contour avec l'or de Chappell.
DICKINSON. Obturation des cavités des molaires et des bicuspides avec l'or et l'étain combinés.
HARVEY. Obturation de contour sur les incisives avec les feuilles d'or et de platine associées.
GAYLORD. Aurification avec le maillet pneumatique en employant l'or de Wolrab.
ADAIR. Pyorrhée alvéolaire.
P. DUBOIS. Présentation de deux nouveaux tours, l'un à pédale pour les opérations buccales, l'autre à la main pour le travail prothétique. (Modèles de M. Bergstrom).
Présentation d'un maillet électrique. (Modèle de M. Gillard.)
LEWIS. Nouvelle méthode pour attacher les dents aux plaques d'or.
CALL. Couronnes d'or massif.
MERRIAM. Travail des couronnes. Nouvel instrument pour les canaux radiculaires.
BONWILL. Nouveaux tours dentaires. Historique du maillet électrique.
PARR. Séparateur universel.
WHITEFIELD. Blanchissement immédiat des dents mortes.
H. SMITH. Emploi du maillet à main.
WATERS. Travail à pont. Reconstitution à l'aide du maillet électrique.
CASE. Obturations or et étain.
SPAULDING. Obturations de contour avec des pointes lisses.
WEEHS. Aurification de contour avec le maillet à main.
TIMME. Méthode de Herbst.
R. STARR. Coiffage de pulpe exposée.
PRICE. Pointes lisses et or mou.
BARKER. Obturation de contour avec or mou et or adhésif associés à l'aide de la pression à la main.
STOWELL. Couronnes artificielles.
MERRIAM. Couronnes en or.

E. T. Starr. Travail à pont.
Walker. Aurification de contour en employant les séparateurs de Shepards et les matrices de Mac-Kellops.
Mac Kellops. Aurification de contour sur des incisives centrales.
Campbell. Tour hydraulique.
Tompson. Couronne de How et travail à pont.
Genexe. Articulateur anatomique. Syphon. Speculum.
Th. Read. Instrument pour retirer les sondes et drilles brisés dans les canaux.
Chewning. Aurification de cavités antérieures et postérieures avec de l'or mou en terminant avec l'or adhésif.
Fletcher. Clinique sur la photo-micrographie.

Communications Orales

Taft. Discours d'ouverture.
J. Porre. Pyémie chronique d'origine dentaire.
Brasseur. De l'usage de l'air en thérapeutique dentaire.
Cravens. Traitement des dents mortes.
Weehs. Matrices comme auxillaires pour l'obturation.
Metnitz. L'ostéo-myélite.
Jennison. L'esthétique de l'art dentaire.
Andrews. L'origine des fibrilles dentinaires (avec projections micro-photographiques).
Abbott. Des fractures de la dentine.
Fletcher. La dentine secondaire (avec projections micro-photographiques).
H. Mummery. Anatomie et pathologie dentaires avec photo-micrographies.
Bush. Pathologie comparée de la dent avec référence spéciale à la défense de l'éléphant.
Andrieu. La molaire de six ans.
Marshall. Opération pour la cure de la névralgie chronique de l'articulation temporo maxillaire avec douleurs reflexes dans le plexus brachial droit ayant duré pendant huit années.
Cruttenden. Articulation des dents artificielles.
Thompson. La fonction influe-t-elle sur l'évolution de la structure ?
Davenport. Santé et maladie.
G. Elliott. La force en art dentaire.
Th. David. La stomatite aphteuse et son origine.
P. Dubois. De la nécessité d'une enquête internationale sur les dents des différents peuples.
Godon. L'enseignement de l'art dentaire.
Lecaudey. Avantages de la cocaïne.
Goddart. Douleurs de l'articulation temporo-maxillaire causées par les anomalies dentaires.
Ingersoll. Inflammation des tissus de la bouche.
Chisholm. Influence des changements de temps sur l'organisme humain.
Talbot. Etiologie des anomalies des dents et des maxillaires.
Patrick. Anomalies dentaires.
H. Augle. Notes sur l'orthodontie avec un nouveau système de régulation et de fixation.
Younger. Implantation. Vitalité du périoste alvéolo-dentaire.
Moore. Couronnes de porcelaine. *(A suivre).*

L'ART DENTAIRE AUX ETATS-UNIS

Par M. P. Dubois

I. — La situation légale

Jusqu'en 1842, l'exercice de l'art dentaire était libre dans toute l'étendue du territoire des Etats-Unis. Ce fut l'Etat d'Alabama qui édicta le premier des prescriptions à cet égard.

La législation est quelque peu différente, selon les Etats, la matière n'étant pas jugée d'attribution fédérale, chacune des grandes unités politiques de l'Union Américaine, a légiféré sur ce point à sa convenance. Les unes, laissant entière la liberté de pratique, les autres, la limitant. Dans les Etats où le système de la restriction a prévalu, la législation a toujours des caractères communs. Elle est aussi particulière à ce pays et ne peut être comparée à la législation européenne sur la matière.

L'étude des textes suivants édifiera complètement à cet égard (1).

ALABAMA

Loi réglant la pratique de la chirurgie dentaire dans l'Etat d'Alabama

Approuvée le 31 décembre 1841

Article premier. — Par délibération du Sénat et de la Chambre des représentants de l'Etat d'Alabama réunis en assemblée générale, il a été décidé qu'à partir du premier lundi de décembre prochain, les jurys médicaux d'examen dudit Etat. devront examiner et décerner des licences applicables à l'exercice de la chirurgie dentaire, selon les mêmes règlements et aux mêmes conditions exigés pour l'obtention des licences pour la pratique médicale, afin que cette prescription reçoive son plein effet, il sera du devoir de chaque jury d'examinateurs médecins d'ajouter, — quand cela est praticable, — un dentiste élu par le jury. Ce dentiste fera partie du jury d'examen.

Art. 2. — Si quelque personne s'intitulant dentiste ou pratiquant la chirurgie dentaire, n'a pas été régulièrement autorisée par un des jurys médicaux de cet Etat avant le premier lundi de décembre prochain, comme il a été prescrit ci-dessus, elle sera punie d'une amende n'excédant pas 50 dollars (262 fr. 50) pour chaque infraction.

Art. 3. — Toute demande et réclamation d'honoraires ne seront pas reconnues valables, si elles émanent d'une personne non autorisée comme il a été dit ci-dessus. Les prescriptions précitées n'ont pas pour but l'interdiction de la pratique de la chirurgie dentaire aux personnes autorisées à pratiquer la chirurgie ou la médecine par l'un

(1) A History of Dental Science in America p. 197 et suiv. American System of Dentistry, vol. III p. 974 et suiv. Collection du Dental Cosmos.

des jurys de cet Etat, ou qui possèdent des diplômes réguliers obtenus dans l'une des institutions reconnues aux Etat-Unis.

Art. 4. — Tous les praticiens, médecins, chirurgiens ou dentistes devront faire enregistrer leurs licences au greffe du tribunal du comté où ils résident, le certificat délivré par le greffier, sera admis comme témoignage et reconnaissance du droit de pratique et de réclamer en justice ce qui leur est dû pour services professionnels.

Art. 5. — Tous les lois et articles qui ne sont pas contraires aux dispositions précédentes sont confirmés.

Ce premier essai de réglementation ne répondait pas aux idées que les Américains ont sur la matière.

Il confiait à des médecins la tâche d'examiner les dentistes, il fut combattu de tous côtés. Les législateurs de l'Alabama amendèrent leur loi en 1881 et en 1887.

LOI RÉGLEMENTANT L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE DANS L'ÉTAT D'ALABANA, AMENDÉE ET APPROUVÉE LE 28 FÉVRIER 1887

Article 1er. — Il a été décrété par l'assemblée générale de l'Alabama que, à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi, il sera interdit à toute personne de s'engager dans l'exercice de l'art dentaire dans l'Etat d'Alabama, à moins que cette personne n'ait obtenu une licence d'un conseil d'examinateurs dentistes, dûment autorisés et institués par la présente loi pour délivrer de semblables licences. Toutefois, les dentistes qui ont exercé régulièrement la dentisterie pendant les cinq années qui ont précédé l'entrée en vigueur de la présente loi, ne sont pas astreints à se soumettre à un examen et ont droit, sans payer aucune taxe, à une licence qui leur sera transmise, par la poste ou autrement, sur leur demande accompagnée d'une déclaration écrite et affirmée par serment qu'ils ont exercé pendant le temps voulu.

Art. 2. — Il a été de plus décidé que le conseil d'examinateurs dentistes se composera de cinq gradués ou praticiens dentistes ayant obtenu une licence pour exercer la dentisterie d'un conseil dentaire organisé conformément à la présente loi et membres perpétuels de l'Association dentaire de l'Alabama, pourvu que lesdits gradués ou praticiens aient exercé la dentisterie dans l'Etat d'Alabama pendant une période d'au moins trois (3) ans.

Art. 3. — Il est, en outre, décrété qu'il appartiendra à ladite Association dentaire de l'Alabama d'élire, dans sa réunion annuelle d'avril 1887, ledit conseil d'examinateurs dentaires qui resteront en fonctions respectivement cinq, quatre, trois, deux et un an, suivant l'ordre dans lequel ils seront élus ; dans chaque réunion annuelle ultérieure, ladite association élira un membre pour remplir la vacance, lequel demeurera en fonctions pendant une durée de cinq ans. Le président a le pouvoir de remplir toutes vacances venant à se produire dans ledit conseil avant l'expiration des termes.

Art. 4. — Le conseil des examinateurs aura pour mission :

1° De se réunir annuellement à l'époque et au lieu de réunion de l'Association dentaire de l'Alabama, ou, plus souvent, sur la demande de trois membres dudit conseil. Trente jours auparavant, avis doit être donné par la poste de la date et du lieu de réunion à tous les dentistes en exercice dans l'Etat;

2° De régler un programme d'études pour ceux qui étudient la dent tisterie avec des maîtres particuliers ;

3° D'accorder la licence à tous les postulants qui auront subi un examen satisfaisant et paieront audit conseil un droit de cinq dollars pour ladite licence ;

4° De tenir un registre dans lequel seront consignés les noms de toutes les personnes autorisées à exercer la dentisterie dans l'Etat.

Article 5. — Le registre ainsi tenu sera un registre officiel et tout extrait qui en sera fait, certifié par l'officier ayant mission de le tenir et pourvu du sceau habituel dudit conseil, sera admis comme preuve devant tout tribunal de l'Etat.

Article 6. — Trois membres dudit conseil constitueront un quorum (nombre suffisant) pour le règlement des affaires et si ce quorum n'est pas atteint au jour fixé pour la réunion, les membres présents peuvent ajourner celle-ci de jour en jour jusqu'à ce qu'il le soit.

Article 7. — Un membre dudit conseil peut accorder une licence en cas de demande d'exercer jusqu'à la prochaine réunion régulière du conseil, réunion dans laquelle il devra rendre compte de ce fait et alors la licence temporaire prendra fin. Toutefois une licence temporaire ne sera pas accordée par un membre du conseil lorsque le conseil aura refusé le candidat.

Article 8. — Toute personne qui, en violation de cette loi, pratiquera la dentisterie dans cet Etat sera passible d'accusation et, en cas de condamnation, payera une amende qui ne sera pas inférieure à cinquante dollars et supérieure à trois cents. Toutefois aucune disposition de la présente loi ne pourra être interprétée comme interdisant à certaines personnes d'arracher des dents ou comme exigeant que toute personne actuellement régulièrement engagée dans l'exercice de la dentisterie se procure une licence additionnelle ou bien assiste à une ou plusieurs réunions de l'association dentaire de l'Etat.

Article 9. — Dans le jugement d'une semblable accusation, il incombera au défendeur de se soustraire aux pénalités portées par la présente loi en prouvant qu'il a l'autorisation exigée par elle d'exercer la dentisterie dans cet Etat.

Article 10. — Toute personne à laquelle une licence sera délivrée par le conseil des examinateurs devra, dans les trente jours qui suivront, présenter cette licence au juge du tribunal du comté dans lequel elle réside, lequel la visera officiellement, la scellera avec le sceau du tribunal et l'enregistrera dans un registre tenu à son bureau moyennant le payement d'un droit de un (1) dollar. Toutefois, une licence

temporaire délivrée en vertu de la section 7 de la présente loi n'a besoin ni d'être scellée ni d'être enregistrée.

Article 11. — Les procureurs de cet Etat sont chargés de poursuivre toute personne violant cette loi en entier ou en partie.

Article 12. — Toutes lois ou parties de lois contraires à la présente sont et demeurent abrogées.

Pendant longtemps l'Alabama fut le seul Etat où la profession de dentiste fût l'objet d'une règlementation légale. Le Kentuchy en 1867, l'Ohio en 1868, le New-Jersey en 1873 l'imitèrent. Mais depuis cette époque, la plupart des Etats ont édicté à leur tour des règlements. Les lois qui les formulent ayant de grandes ressemblances, nous ne ferons connaître que les plus typiques d'entre elles.

NEW-YORK

LOI FORMANT EN CORPORATIONS LES SOCIÉTAIRES DANS LE BUT DE PERFECTIONNER ET DE RÉGLER L'EXERCICE DE LA DENTISTERIE DANS CET ÉTAT.

Le peuple de l'Etat de New-York, représenté par son Sénat et son Assemblée, décréte ce qui suit :

Article premier. — Il est permis aux dentistes des divers districts judiciaires de la Cour suprême de cet Etat de se réunir aux lieux indiqués ci-après, savoir : district n° 1, à l'Institut Cooper dans la cité de New-York ; district n° 2, au City Hall dans la cité de Brooklyn ; district n° 3, à Delavan House dans la cité d'Albany ; district n° 4, à l'hôtel Clarendon, Saratoga Springs ; district n° 5, au Stanwin Hall Hotel dans le village de Rome ; district n° 6, dans la Lewis House dans la ville de Binghamton ; district n° 7, à l'Hotel Canandaigua dans la ville de Canandaigua ; district n° 8, au Medical Hall dans la cité de Buffalo. Le premier mardi de juin mil huit cent soixante-huit, à deux heures de l'après-midi. Ces dentistes une fois réunis, ou une partie d'entre eux ne devant pas en comprendre moins de quinze, procéderont au choix d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier, qui rempliront leurs fonctions pendant un an et jusqu'à ce que d'autres soient choisis à leurs places. Quand ces sociétés seront ainsi organisées, elles seront par là même des corps constitués érigés en fait en corporations sous le nom de « Société dentaire de district » du district judiciaire respectif où elles seront placées. Si les dentistes résidant dans un district ne se réunissent pas et ne s'organisent pas de cette façon, il leur est permis sur la demande de quinze dentistes résidant dans ce district, de se réunir à telle autre époque et à tel autre lieu qu'ils désigneront et leurs actes seront tout aussi valides que si cette réunion avait eu lieu à la date précédemment indiquée.

Article 2. — Chacune desdites sociétés de district, quand elle aura été organisée comme il a été fixé, élira huit délégués qui se réuniront au Capitole dans la cité d'Albany, le dernier mardi de juin mil huit cent soixante-huit et qui procéderont à l'organisation de la société dentaire d'Etat, laquelle sera appelée « Société dentaire de l'Etat de New-York ». Ces délégués une fois réunis, s'ils ne sont pas moins de trente-trois, procéderont à l'élection, et cette élection aura lieu par la suite annuellement, d'un président, d'un vice-president, d'un secrétaire et d'un trésorier qui rempliront leurs fonctions pendant un an et jusqu'à ce que d'autres soient choisis à leurs places. Ladite Société sera un corps érigé en corporation sous le nom et de la façon indiqués précédemment.

Article 3. — Les secrétaires de chacune des sociétés de district déposeront au bureau du greffier de comté de l'un des comtés de leur district, une copie de tous les actes et de toutes les archives de leur organisation. Le secrétaire de la Société dentaire d'Etat sera également tenu de déposer au bureau du secrétaire d'Etat une copie des actes et des archives de l'organisation de celle-ci. Lesdits greffiers de comté respectivement et le secrétaire de l'Etat en formeront un dossier dans leurs bureaux et recevront pour cela un droit de...

Article 4. — A la première réunion de la Société dentaire d'Etat, celle-ci étant organisée régulièrement, la délégation de chaque société de district sera divisée en quatre classes de deux délégués chacune qui resteront en fonctions un, deux, trois et quatre ans respectivement et jusqu'à ce que d'autres soient élus à leurs places. Les sociétés de district, à chaque réunion annuelle par la suite, choisiront deux délégués à la Société d'Etat qui resteront en fonctions chacun quatre ans et elles pourvoiront à toutes les vacances qui pourront se produire par mort ou autre cause dans leurs délégations respectives.

Article 5. — Chacun des collèges dentaires de cet Etat organisés en corps, peut annuellement élire deux délégués à la Société dentaire d'Etat qui jouiront de tous les privilèges des autres délégués et seront astreints aux mêmes règles et réglements qu'eux.

Article 6. — La Société dentaire d'Etat peut élire des membres permanents parmi les dentistes éminents résidant dans cet Etat, mais sans dépasser le nombre de vingt à sa première réunion, et pas plus de cinq dans les années suivantes. Les membres ainsi élus jouiront de tous les privilèges des membres délégués mais ne recevront aucune rémunération pour leurs services dans les réunions de la Société d'Etat, excepté s'ils sont envoyés comme délégués par les sociétés de district ou collège comme cela a été dit. La Société d'Etat peut élire des membres honoraires d'un autre Etat ou d'un autre pays, mais aucune personne éligible comme membre régulier ne sera élue membre honoraire et aucun membre honoraire n'a le droit de voter ou d'occuper aucune fonction dans la Société.

Article 7. — Les diverses sociétés de district, établies comme il vient d'être dit, désigneront à leur réunion annuelle trois censeurs au

moins et cinq au plus qui resteront en fonctions pendant un an et jusqu'à ce que d'autres soient choisis et formeront un conseil de censeurs de district. Ce conseil a pour mission d'examiner soigneusement et impartialement les capacités de toutes les personnes qui se présenteront pour l'examen dans les districts où elles résident et de faire connaître par écrit son opinion au président de la Société de district. Ce dernier délivrera alors à l'impétrant ou aux impétrants, sur avis dudit conseil des censeurs, un certificat de capacité contresigné par le secrétaire et portant le sceau de la société de district.

Article 8. — La Société dentaire d'Etat, organisée suivant les règles précédentes, désignera à sa première réunion annuelle huit censeurs, un de chacune desdites sociétés de district, qui formeront un conseil de censeurs d'Etat. A la première réunion dudit conseil, les membres seront divisés en quatre classes qui resteront en fonctions respectivement un, deux, trois et quatre ans. La Société dentaire d'Etat désignera à chaque réunion annuelle par la suite deux censeurs qui occuperont ce poste chacun pendant quatre ans et jusqu'à ce que leurs successeurs soient choisis et elle pourvoiera à toutes les vacances qui pourront se produire dans ce conseil par mort ou autre cause. Chaque société de district a droit à un membre et à un seulement dudit conseil de censeurs. Celui-ci se réunira au moins une fois par an, au lieu et à l'époque qu'il désignera, et, quand il sera réuni, les huit censeurs ou la majorité d'entre eux examineront soigneusement et impartialement toutes les personnes qui ont droit à être examinées suivant les dispositions de la présente loi et qui se présenteront dans ce but, ils feront connaître ensuite par écrit leur opinion au président de la Société dentaire d'Etat. Ce dernier délivrera alors à l'impétrant ou aux impétrants, sur l'avis dudit conseil, un diplôme contresigné par le secrétaire et portant le sceau de la Société.

Article 9. — Tous les dentistes en exercice régulier au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, toutes les personnes qui ont reçu un diplôme d'un collège dentaire quelconque de cet Etat et tous les étudiants qui auront étudié pendant une période de quatre ans auprès d'un ou de plusieurs dentistes autorisés auront le droit d'être examinés par ledit conseil censeurs. Des réductions dans ce terme de quatre ans seront faites dans l'un des cas suivants :

1° Si l'étudiant après l'âge de seize ans a continué une des études habituelles dans les collèges de cet Etat, la période, ne dépassant pas une année, pendant laquelle il aura poursuivi cette étude sera déduite.

2° Si l'étudiant après l'âge de seize ans a suivi une série complète de leçons d'un collège dentaire ou médical érigé en corps dans cet Etat ou ailleurs, une année sera déduite.

Article 10. — Chaque personne recevant un diplôme de la Société dentaire d'Etat, versera au trésor de cet Etat la somme de vingt dollars et, en recevant un certificat de capacité de la Société dentaire d'un district, la somme de dix dollars au trésor de celui-ci.

Article 11. — Les Sociétés dentaires des districts respectifs et la Société dentaire d'Etat peuvent acquérir et posséder tels biens réels et personnels que le but de leurs corporations respectives peut nécessiter, chacune des Sociétés de district ne dépassant pas en valeur la somme de cinq mille dollars, et la Société dentaire d'Etat vingt mille dollars.

Article 12. — Les Sociétés mentionnées dans la présente loi peuvent édicter toutes lois, règles et règlementations nécessaires, compatibles avec la législation existante, relativement à l'administration de leurs affaires et de leurs biens, à l'admission et à l'exclusion des membres, pourvu que les lois, règles et réglementations des Sociétés de district ne soient pas contraires à celles de la Soeiété dentaire d'Etat.

Article 13. — Tous les dentistes en exercice régulier au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, et toutes les personnes qui ont reçu un certificat de capacité d'une Société de district, sont éligibles comme membres desdites Sociétés de district.

Article 14. — La Société dentaire de l'Etat de New-York jouira de tous les privilèges et immunités accordés aux Sociétés médicales de cet Etat.

Article 15. — La présente loi entrera en vigueur immédiatement.

Approuvé le 7 avril 1868.

Loi modifiant la précédente.

Le peuple de l'Etat de New-York, représenté par son Sénat et son Assemblée, décrète ce qui suit :

Article 1. — La section 8 de la loi intitulée « Loi formant en corporations les Sociétés dentaires, dans le but de perfectionner et de régler l'exercice de la dentisterie dans cet Etat », est modifiée comme il suit :

Article 8 (comme précédemment) et conférant le degré de « Maître de chirurgie dentaire » (Master of Dental Surgery — M. D. S.). Il n'est permis à aucun collège, Societé ou corporation, de délivrer à qui que ce soit ce titre de Maître de chirurgie dentaire.

Article 2. — Toute personne qui revendique sciemment ou faussement, ou qui prétendra avoir un certificat de licence, un diplôme ou un degré conféré par une Société organisée conformément aux dispositions de la présente loi, ou qui prétendra faussement et avec l'intention de tromper le public, être graduée par un collège dentaire érigé en corps, sans être réellement graduée, sera déclarée coupable de délit.

Article 3. — Cette loi aura son effet immédiatement.

La loi suivante est un acte additionnel à la législation existante sur la matière dans l'Etat de New-York.

Loi en faveur de certaines personnes engagées dans l'exercice régulier de la dentisterie dans cet Etat.

Le peuple de l'Etat de New-York, représenté par son Sénat et son Assemblée, décrète ce qui suit :

Article 1. — Toute personne qui était engagée dans l'exercice régulier de la dentisterie dans cet Etat, à la date du vingt juin mil huit cent soixante-dix-neuf, et qui avait le droit d'être inscrite comme dentiste, ainsi que cela a été établi par la troisième section du chapitre cinq cent quarante de la loi de dix-huit cent soixante-dix-neuf intitulée « Loi pour réglementer l'exercice de la dentisterie dans l'Etat de New-York », mais qui a omis de se faire inscrire, et qui fera et produira, devant le greffier du comté dans lequel elle se fait inscrire, sa déclaration écrite et affirmée par serment, à l'effet de prouver qu'elle était engagée dans la pratique de la dentisterie et qu'elle a droit ainsi à être inscrite, peut, dans les six jours qui suivront l'entrée en vigueur de la présente loi, faire enregistrer son nom, sa profession et son domicile, au bureau du greffier du comté, de la façon indiquée dans la troisième section de la présente loi. Cet enregistrement aura la même force et le même effet que s'il avait été fait dans le temps fixé par la section indiquée de la loi de 1879. Toute personne qui fera volontairement et produira une fausse déclaration écrite et affirmée par serment dans le but d'obtenir cet enregistrement, sera soumise à une déclaration de culpabilité et à une peine pour faux témoignage.

Article 2. — Désormais toute personne autorisée à exercer la dentisterie dans cet Etat, devra, avant de commencer cet exercice, faire enregistrer, au bureau du greffier du comté où elle a l'intention de commencer la pratique de la dentisterie, dans un registre tenu à cet effet, son nom, sa profession et son domicile, ainsi que le nom de la Société, du collège ou de toute autre autorité lui ayant conféré son diplôme ou certificat de capacité pour excercer la dentisterie.

Article 3. — Le greffier du comté sera obligé, contre le payement entre ses mains de la somme de vingt-cinq cents, d'enregistrer toute personne dont il est parlé dans la seconde section de la présente loi, somme qu'il est autorisé à réclamer à la personne sollicitant son enregistrement.

Section 4. — Cette loi entrera en vigueur immédiatement.

PENNSYLVANIA

Loi réglant la pratique de l'art dentaire et protégeant le public contre l'empirisme dans l'État de Pennsylvanie et établissant des pénalités contre ses violateurs.

Article Ier. — Le Sénat et la Chambre des représentants de l'Etat de Pennsylvanie réunis en assemblée générale décrètent : qu'après la promulgation de cette loi, il sera illégal de pratiquer l'art dentaire dans l'Etat de Pennsylvanie à moins qu'on ne soit

médecin ou chirurgien régulièrement autorisé, ou qu'on ne soit gradué ou diplômé d'une faculté réputée honorable et enregistrée comme telle dans l'un des Etats de l'Union Américaine, ou reconnue par un gouvernement étranger; ou qu'on ait obtenu un certificat des examinateurs auxquels cette loi donne mission de les délivrer.

Article 2. — Le jury d'examen se composera de six praticiens dentistes reconnus capables dans leur profession.

Le dit jury sera élu ainsi qu'il suit par la Société dentaire de l'Etat de Pennsylvanie, à sa prochaine réunion annuelle : Deux seront élus pour une année, deux pour deux années et deux pour trois années, chaque année suivante les élus verront leurs pouvoirs durer pendant trois années qui finiront par l'élection de leurs remplaçants.

Ce jury aura la faculté de pourvoir aux sièges vacants avant l'expiration des termes fixés. Il sera responsable de ses actes devant la Société dentaire de l'Etat.

Article 3. — Le devoir de ce jury consistera :

1° A se réunir annuellement au siége de la Société dentaire de l'Etat de Pennsylvanie. Il pourrait choisir un autre lieu de réunion. Il désignera de lui-même la date des examens. Sur la demande de quatre de ses membres le siége et la date des examens pourront être changés. La date de la réunion devra être publiée trente jours avant dans trois journaux périodiques au moins, l'un d'eux devra être un journal dentaire. Ces journaux devront être publiés dans ledit Etat.

2° Le certificat de capacité de pratiquer l'art dentaire, devra être signé par le jury, être timbré avec un cachet spécial. Pour l'obtenir, le candidat devra avoir obtenu au moins quatre suffrages favorables.

3° Il sera tenu un registre ou seront inscrits les noms, titres et qualités autant que cela sera possible de tous ceux qui auront obtenu les certificats de capacité exigés par cette loi.

Article 4. — Ce registre ainsi établi, deviendra registre légal, ses copies seront certifiées par le membre qui en a la garde, ainsi que par l'apposition du timbre spécial du jury. Il sera en évidence dans chaque tribunal de l'Etat.

Article 5. — Le jury devra toujours réunir quatre membres au moins, pour siéger régulièrement. Si au jour de la séance, il se trouvait moins de quatre membres, elle serait ajournée de jour en jour jusqu'à réunion de ce minimum de quatre jurés.

Article 6. — Toute personne qui exercerait l'art dentaire dans l'Etat de Pennsylvanie en violation de cet acte, serait passible de poursuites devant le tribunal du comté, et si déclaré coupable, il sera condamné à une amende de 50 dollars (262 fr. 50) au moins, et de 200 dollars (1,050 fr.) au plus. Toute personne coupable de ce délit ne pourra réclamer des honoraires pour services rendus.

S'il lui en a déjà été payé, le patient ou ses ayants droits, pourront réclamer la restitution de la somme comme il est fait pour toute dette reconnue.

Article 7. — Les amendes reçues de ce chef seront versées au tronc des pauvres de la province.

Article 8. — Cette loi n'est pas applicable à ceux qui étaient déjà engagées dans la pratique de l'art dentaire dans ledit Etat trois ans au plus avant la promulgation.

Article 9. — Afin d'assurer des ressources pour l'exécution de l'article 3 de ladite loi il sera du devoir du jury d'exiger de tous ceux qui recevront le certificat de capacité la somme de 30 dollars (157 fr. 50). Si les dépenses payées, il reste un reliquat, il sera versé au trésor de l'Etat de Pennsylvanie pour constituer un fonds destiné à assurer la parfaite exécution de toutes les prescriptions de cette loi.

Approuvé, 17 avril 1876.

Cette loi fut amendée et complétée le 17 avril 1886 de la manière suivante :

Loi pour l'enregistrement des Dentistes. Complementaire de la loi intitulée: Loi pour régler la pratique de l'art dentaire, etc., etc.

Article 1. — Il est décrété par le Sénat et la Chambre des Représentants de l'Etat de Pensylvanie, réunis en assemblée générale : Qu'il sera du devoir de toute personne pratiquant l'art dentaire dans les limites de cet Etat, trois mois après la promulgation de cette loi, ou voulant l'exercer, de se faire enregistrer au bureau du greffier de la province, dans laquelle il pratique ou a l'intention de pratiquer, son diplôme ou certifiat lui donnant le droit de pratique, d'après les règles établies dans la loi dont celle-ci est le complément.

Art. 2. — Toute personne commençant la pratique de l'art dentaire dans cet Etat après la promulgation de cette loi et ayant un diplôme dentaire décerné par un collège, université, société ou association, devra le présenter au jury d'examen établi par la loi précitée, pour sanctionner la valeur des titres professionnels. Si le jury d'examen trouve satisfaisants les titres et qualités de l'impétrant, reconnaît valable son diplôme, il sera enregistré gratuitement et dans les formes dites ci-dessus.

Art. 3. — Toute personne ne possédant ni diplôme, ni certificat de capacité, et pratiquant en vertu de l'article 8 de la loi dont celle ci est le complément, devra faire dans le délai de trois mois, après promulgation de cet acte, par écrit, et sous la foi du serment, devant qui a qualité pour le recevoir, déclaration de la durée de sa pratique, avec désignation du lieu ou des lieux où elle s'est exercée

2

dans l'Etat. Le greffier lui donnera, en conséquence, un certificat et l'enregistrera dans un registre dressé dans ce but.

Art. 4. — Toute personne qui violera ou aidera à violer les prescriptions de cette loi ainsi que celle qu'elle complète ou sera cause que quelque diplôme ou certificat aura été obtenu frauduleusement, par déclaration entièrement ou partiellement mensongère, par production de documents faux, sera passible de poursuites et la culpabilité établie, sera condamnée à payer une amende de 50 dollars au moins et de 200 dollars au plus, pour chaque délit, au bénéfice du trésor de la province.

Art. 5. — Toutes les règles qui ne contredisent pas la présente oi sont ici réitérées.

CONNECTICUT

Loi réglant la pratique de l'art dentaire dans l'État de Connecticut.

Il est décrété par le Sénat et la Chambre des Représentants de l'Etat de Connecticut réunis en assemblée générale, ce qui suit :

Article 1. — Il sera illégal pour quiconque n'est pas déjà engagé dans la pratique de l'art dentaire dans cet Etat, à l'époque de la promulgation de cette loi, de commencer cette pratique à moins d'avoir reçu un diplome d'une faculté ou d'un collège dentaire dûment autorisé dans ledit Etat ou dans un pays étranger ; collège dans lequel était fait annuellement à l'époque de l'obtention du diplôme, un cours complet sur l'art dentaire, ou d'avoir dix-huit mois d'apprentissage chez un dentiste, avec une étude faite dans un collège comme il a été dit ci-dessus, ou, dans le cas où on a pratiqué auparavant dans un autre Etat ou pays, avoir obtenu un certificat d'un jury régulier d'examinateurs dentistes ; ou, d'avoir six années de pratique régulière.

Il est spécifié que les défenses de cette loi ne sont pas applicables aux médecins exerçant leur art. Il est également spécifié que cette loi n'est pas applicable aux étudiants qui apprennent ou pratiquent chez un dentiste de l'Etat.

Atr. 2. — Toute personne qui violera les prescriptions de cette loi sera déclarée coupable de mauvaise conduite, et le fait établi, sera condamnée à une amende d'au moins 50 dollars et de 200 dollars au plus.

Approuvé par le gouverneur, le 4 avril 1887.

Nous pourrions multiplier les textes. Cela serait superflu. Ces lois se ressemblent toutes en leurs dispositions essentielles. L'économie de cette réglementation est évidente ; elle se rapproche de notre ancienne législation sur les corporations.

Les édits royaux, et surtout celui de 1768, avaient institué en France des règlements similaires, et, sans les préventions exagé-

rées de la Constituante à l'égard des corporations, il est tout probable que nous serions régis par des mesures analogues.

La législation américaine sur l'exercice de l'art dentaire ne peut donc pas être invoquée par les partisans de la réglementation, telle qu'elle a toujours été proposée en France. Elle reconnaît la spécialisation de l'art dentaire, elle le distingue entièrement de l'art médical. On a vu que si, en 1841, l'Etat d'Alabama avait chargé les médecins de décider de la capacité professionnelle des dentistes, cela a dû être réformé ensuite. Actuellement, dans aucun Etat, l'élément médical pratiquant ne fait partie des jurys d'examen.

Les facilités accordées au dentiste ayant fait deux années d'études dans une école dentaire pour obtenir le diplôme médical, facilités que nous ferons connaître plus loin, font que, bien souvent, les dentistes sont non seulement D. D. S. (docteur en chirurgie dentaire), mais encore M. D. (docteur-médecin), et si l'on trouve, parmi les examinateurs, des dentistes possédant les deux titres, ils n'en sont pas moins des praticiens exerçant notre spécialité.

Au mois d'août 1887, trente-trois des Etats de l'Union américaine possédaient des lois réglementant l'exercice de l'art dentaire.

Sur ce nombre, quatre : l'Alabama, l'Arkansas, la Floride, le Massachusetts demandent une licence, délivrée par un jury d'examinateurs dentistes, dans les conditions que nous avons fait connaître. Le candidat pourrait appeler d'une décision défavorable du jury devant le tribunal qui, au besoin, nommerait d'autres experts. Dans la pratique, cette éventualité est exceptionnelle, et les décisions du jury sont presque toujours acceptées sans protestations. Vingt-quatre : la Californie, le Dakota, le Delaware, la Géorgie, l'Illinois, l'Indiana, l'Iowa, le Kentuchy, la Louisiane, le Maryland, le Michigan, le Minnesota, le Missisipi, le N. Hampshire, le New-York, la Caroline du Nord, l'Ohio, l'Orégon, la Pensylvanie, la Caroline du Sud, le Vermont, la Virginie de l'Ouest, le Visconsin laissent au candidat la faculté de produire un diplôme d'une école dentaire, ou à défaut, de subir un examen devant un jury de dentistes. Quatre se contentent du diplôme de l'une des écoles dentaires : le Kansas, le Missouri, le Nebraska, le New-Jersey.

Enfin l'Etat de Connecticut accepte que la preuve soit faite ou en produisant un diplôme d'école dentaire, ou en établissant qu'on a plus de six années de pratique.

En étudiant l'organisation de l'enseignement, nous montrerons la valeur des diplômes délivrés par les écoles dentaires des Etats-Unis. Les deux questions sont connexes.

Quoi qu'il en soit, on voit que si les pouvoirs publics ont jugé nécessaire de limiter la liberté d'établissements pour ceux qui veulent exercer l'art dentaire, on a laissé la corporation juge de la valeur professionnelle de ceux qui veulent y entrer. Le gouvernement a reconnu son incompétence en la matière. Il n'a pas demandé non plus aux représentants de la profession médicale

d'apprécier les connaissances, la capacité professionnelle des dentistes.

Cette réglementation paraîtra d'autant moins restrictive quand on saura : que le dentiste, aux Etats-Unis, pratique l'anesthésie, que certaines opérations de chirurgie buccale sont considérées de son ressort, qu'il n'hésite pas à employer la médication interne comme auxiliaire de sa thérapeutique spéciale. Cela se fait avec le concours et l'approbation du corps médical.

Ce résultat est dû en grande partie aux efforts des dentistes eux-mêmes.

Par leurs sociétés, par leurs établissements d'enseignement, par leurs journaux, les dentistes ont montré qu'ils n'étaient pas, comme en Europe, une quantité négligeable. Le gourvernement a dû tenir compte de cette force organisée dont les services étaient évidents.

Cet exemple dicte notre conduite.

(*A suivre*).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DENTISTES A PARIS EN 1889

Le Conseil de direction de l'Association générale des Dentistes de France ayant décidé, dans sa séance du 3 juillet 1887, qu'il y avait lieu de convoquer un Congrès international de dentistes à Paris, en 1889, M. Dubois, représentant de l'Association au 9e Congrès international des Sciences médicales, a été chargé de faire connaître cette décision aux dentistes américains et étrangers réunis à Washington.

Dans la séance du vendredi 9 septembre, il a communiqué à l'assemblée l'invitation suivante, émanée de la commission d'organisation :

Messieurs et honorés Confrères,

Nous avons l'honneur de vous : informer que l'Association générale des Dentistes de France et l'Ecole dentaire de Paris organisent un Congrès international de dentistes, qui aura lieu à Paris en 1889. Vous recevrez, en temps opportun, les avis et les renseignements nécessaires. Nous voulons pourtant convier, dès à présent tous nos confrères américains à venir prendre part à cette manifestation scientifique.

Pour les sciences médicales, on a créé des réunions internationales. Nous devons à celle-ci l'occasion de visiter votre beau et grand pays. Il serait aussi profitable pour la science et la pratique de notre art que des dentistes venus de tous les pays civilisés pus-

sent se communiquer à des époques déterminées, ce qu'ils ont fait pour l'avancement de la science et de la pratique. Nous proposons à la 18e section de cette assemblée d'accepter le principe des réunions internationales entre dentistes, de dire qu'elles auront lieu tous les trois ou cinq ans, et que la prochaine aura lieu à Paris, en 1889.

L'exposition de 1889 sera pour nous une grande fête ; la France espère y voir tous ses amis représentés ; elle sera heureuse, notamment, de témoigner de nouveau à l'Union américaine les sympathies qu'elle a toujours eues pour sa sœur d'outre-mer.

En assistant à notre Congrès, vous pouvez être assurés, Messieurs, de trouver, auprès de vos confrères français, l'accueil cordial et sympathique que nous trouvons aujourd'hui auprès de vous.

La Commission d'organisation du Congrès international d'odontologie :

Dr David, *directeur de l'Ecole dentaire de Paris ;* Levett, Poinsot, *professeurs ;* Blocman, Chauvin, Dubois, Godon, *professeurs suppléants à l'Ecole dentaire de Paris.*

Cette lecture donna lieu à une courte discussion. Nous attendons, pour en parler, d'avoir sous les yeux le compte rendu sténographique de la séance.

L'assemblée et le bureau étaient en majorité favorables à la proposition du délégué français. Mais il n'en fut pas délibéré.

L'organisation d'un prochain congrès de dentistes soulève une question importante : Est-il préférable pour les dentistes de faire partie d'un congrès médical ou vaut-il mieux imiter les conventions dentaires américaines annuelles qui ne se recrutent que dans le public professionnel.

Nous aurons à revenir sur cette intéressante question. Elle intéresse au plus haut point l'avancement de notre art.

CONTRIBUTION A L'EMPLOI DE LA COCAINE EN INJECTIONS SOUS-GINGIVALES

Par M. Poinsot

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

Communication à la Société d'Odontologie (séance du 4 octobre 1887)

Je viens, ou plutôt je reviens, à vous parler de cet agent anesthésique parce qu'il convient de dissiper certaines préventions, mal fondées selon nous.

Plusieurs de nos confrères ont été effrayés de certains symp-

tômes à formes alarmantes et n'osent plus employer la cocaïne en chirurgie dentaire.

Des médecins alarmés des troubles pseudo-graves ont absolument proscrit l'emploi de la cocaïne en injection sous gingivale.

Aux uns et aux autres, j'ai la satisfaction et le chagrin de leur dire : Vos craintes ne sont pas réelles, vous vous êtes laissés influencer par des apparences heureusement trompeuses.

En conseillant les règles de la prudence pour l'emploi d'un agent toxique, vous faites bien ; mais en plaçant la question sur un terrain purement clinique, vous ferez mieux.

L'action de la cocaïne sur l'organisme est anesthésique sur le point de son injection ou de son application ; comme effets généraux, elle détermine de l'ivresse à différents degrés ; son action peut être même délirante lorsqu'on l'injecte sur des sujets anémiés.

Les anémies séniles sont les moins redoutables ; celles avec lesquelles nous devons compter sont les anémies acquises par des troubles profonds de la nutrition et de l'innervation.

Dans le cas de ces dernières, il convient de se renfermer dans une prudente réserve. Cependant cette recommandation ne présente qu'un cadre des plus restreints.

A l'appui de mon affirmation, je vais vous présenter des faits cliniques fort intéressants :

Observation I

Mme L..., 28 ans environ, d'un tempérament extra-nerveux, possède à la mâchoire inférieure droite une dent de sagesse dont l'état pathologique nécessite son extraction.

Voulant éviter à notre malade la douleur qui accompagne cette opération, nous injectâmes la cocaïne pure dissoute dans l'oléo-naphtine.

Le docteur L..., mari de la patiente, voulut s'opposer à cette injection, parce que, disait-il, il y a quelque temps déjà, une injection hypodermique de morphine avait amené des troubles généraux fort graves et très inquiétants ayant persisté plusieurs jours.

Ce n'est qu'après avoir rassuré le docteur L... que je fis l'opération.

A peine une minute s'était-elle écoulée, que Mme L... se sentit mal à l'aise ; une syncope était à craindre ; nous plaçâmes notre malade dans la position horizontale.

Un mieux des plus sensibles se déclara ; cependant un quart d'heure après, en essayant la position assise, le malaise reparut ; de quart d'heure en quart d'heure, nouvelle tentative et nouvel échec ; au bout de deux heures cinquante-cinq minutes, la malade regagna son domicile, fut couchée, et un peu de repos effaça tous ces symptomes quasi-effrayants, de la même façon que le repos efface les vapeurs de l'ivresse vinique.

Cependant le sujet était d'une excessive susceptibilité. Je vous citerai deux exemples frappants :

Un jour, en nettoyant une carie du second degré, les fibriles dentinaires étant fort sensibles, la douleur perçue fut assez vive ; mais, ayant cessé notre travail commencé, cette douleur ne fut pas renouvelée. Eh bien ! le résultat fut une aphonie qui dura plusieurs jours,

qui résista à la thérapeutique spéciale, et le docteur L... guérit sa femme par un fait de pure observation.

Il avait remarqué que l'aphonie était à son apogée à la suite de sa toilette du matin, après les soins de sa chevelure ; le docteur L... remplaça la thérapeutique par un coiffeur, et l'aphonie cessa.

La deuxième crise d'aphonie avait pour cause une influence morale. En effet, pendant les deux heures cinquante-cinq minutes que dura l'effet de la cocaïne, le docteur L..., ayant voulu s'asseoir, mesura mal la distance qui le séparait d'une chaise, s'assit tout à côté et tomba à terre ; cela fit sur notre opérée une telle sensation qu'elle en perdit la voix.

Enfin le fait, déjà signalé, de plusieurs jours en danger pour une injection de morphine démontrera la très grande susceptibilité de notre sujet.

Eh bien ! Messieurs, le docteur L... voulait qu'on appelât un docteur, tant était grande sa frayeur ; j'eus beaucoup de peine à le rassurer, mais je possédais une telle quiétude d'esprit que je réussis à lui faire partager mon extrême confiance. Même dans ce cas défavorable l'événement me donna raison

OBSERVATION II

Le second cas appartient à une jeune personne plus qu'extra-nerveuse : l'hystérie est évidente.

Mlle B..., vingt ans environ, recommandée par le docteur M..., en personne venant se mettre à ma disposition pour une anesthésie générale au chloroforme.

Je lui objectai qu'il était inutile d'avoir recours, pour une seule dent, à un anesthésique général, alors que nous possédions la cocaïne.

Le docteur M... me fit remarquer l'état particulier de sa malade et craignait l'emploi de la cocaïne ; cependant, s'en rapportant absolument à mon expérience de spécialiste, il me permit d'opérer selon ma conviction.

A cinq heures du soir, je pratiquai l'injection ; à cinq heures deux minutes, Mlle B... éprouve un grand malaise ; je lui présentai qu'elle avait tort d'écouter la peur et je l'entretins pour la tenir occupée jusqu'à cinq heures cinq minutes ; à ce moment, l'anesthésie était complète, la quantité injectée avait été de 4 centigrammes de cocaïne pure dans 80 centigrammes d'oléo-napthine.

L'extraction se fit sans douleur ; néanmoins la frayeur fut grande : les dents s'entrechoquèrent, un grand tremblement général s'établit et dura, très intense, trois minutes environ ; puis, tout à coup, Mlle B... renversa sa tête en arrière, les yeux devinrent fixes, et l'attaque hysrique prévue par le docteur M... commença.

Immédiatement, je fis prendre la position horizontale et je flagellai les joues et la tête avec une serviette mouillée d'eau froide, et cela sans résultat, sans amener aucune manifestation de sensibilité, l'état quasi-cataleptique persistait.

Une intuition particulièrement heureuse me servit admirablement. Je fis un rapprochement de l'ivresse combattue par des antidotes spéciaux, et j'eus recours à l'un d'eux. Je versai une certaine quantité d'alcali volatil sur une serviette et le fis respirer à notre malade. Alors j'assistai à une véritable résurrection ; non seulement l'état cataleptique cessa aussitôt, mais encore la vie fut rapidement ramenée à son maximum d'intensité ; en une seconde, l'insensibilité fut remplacée par une suractivité vitale, avec tous les signes du bien-être.

En effet, à peine les vapeurs de l'alcali eurent-elles impressionné l'appareil olphactif, que les narines se mirent à s'agiter avec une extrême rapidité ; la respiration devint rapide et profonde et même saccadée.

En ce moment, j'éloignai des narines la serviette, et ma surprise fut grande de voir les narines se rapprocher de la serviette ; je continuai ainsi, et je pus, chose très curieuse, faire quitter à Mlle B... la position horizontale jusqu'à la position verticale sans faire autre chose que d'éloigner progressivement le linge chargé d'alcali volatil, à cinq centimètres du nez, le tout relié par des vapeurs qui paraissaient, à notre malade, préférables à tous les parfums.

La perception des choses se rétablit en même temps que la position verticale.

L'injection sous-gingivale de cocaïne, la crise hystérique, y compris l'opération, et enfin le réveil après la phase délirante, le tout avait duré quinze minutes à peine.

De plus, je dois ajouter que cette opérée rentra chez elle et ne garda pas trop mauvais souvenir de l'injection de cocaïne, puisque dans le mois qui a suivi, elle nous demanda à nouveau deux nouvelles injections pour d'autres extractions, et aucun incident nerveux ne se produisit.

Ces deux cas sont terribles en apparence, mais non en réalité ; dans les phases les plus probantes pour la gravité, je ne me suis jamais senti envahi par un sentiment de crainte.

Après l'injection de cocaïne, vous remarquerez des troubles circulatoires passagers, les extrémités pourront même se refroidir, mais la coloration des lèvres reste la même, l'éclat des yeux ne se modifie pas.

Enfin, après plus de cinq cents anesthésies avec la cocaïne pure, je n'ai pas observé plus de syncopes que dans les cas simples, ceux opérés sans le secours d'un agent anesthésique ou analgésique.

Cependant je dois dire que, pour des sujets à tendances hémophiliques, il y aurait peut-être quelque danger à employer la cocaïne, attendu que le sang répandu après les opérations avec la cocaïne est beaucoup plus considérable que sans son secours ; cela tient, sans doute, à la paralysie momentanée résultant de l'action de la cocaïne sur les vaso-moteurs ; les vaisseaux restant béants, la quantité de sang répandue est beaucoup plus considérable.

Je dois vous tenir en garde contre certaines pratiques qui consistent à introduire dans la gencive une quantité déterminée de cocaïne, sans tenir compte du milieu pathologique où se fait l'injection.

Si l'injection est poussée trop loin, les effets qu'on obtiendra seront généraux plutôt que locaux ; on doit également éviter de pousser la solution dans des antractus pathologiques ou dans des trajets fistuleux ; dans ces cas, les effets seront nuls ou à peu près.

Pour obtenir les effets locaux désirés, il convient de multiplier ces piqûres en injectant toute la muqueuse, et plus particulièrement les parties interstitielles des dents.

L'injection sera en rapport de profondeur avec la longueur des dents à extraire.

Le temps qui doit s'écouler entre l'injection et l'opération variera de trois à huit minutes, suivant la richesse de la circulation sanguine, par rapport à l'état de santé avec l'état pathologique.

La cicatrisation sera en rapport des données sus-dites concurramment avec la lésion produite et aussi l'état idiosyncrasique de l'opéré.

Il convient, pour bien juger avec équité, de posséder, avec toute la science exigible, une grande expérience, à l'effet de ne pas commettre de cruelles méprises préjudiciables à tous les intérêts.

SUBSTITUTION DES PASTILLES DE COCAINE

AUX SOLUTIONS EMPLOYÉES POUR LE BADIGEONNAGE BUCCAL

Par M. Bugnot

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 4 octobre 1887)

Je ne pense pas que l'emploi de la cocaïne en thérapeutique soit une question de mode ou d'engouement. La rapidité avec laquelle elle vainc la douleur la plus rebelle, la fera triompher malgré les quelques sceptiques qui doutent encore de son efficacité.

Ce médicament à côté des propriétés précieuses qui le caractérisent, possède des défauts : les uns inhérents à son essence même, subsisteront jusqu'à ce qu'on trouve dans d'autres agents un principe capable de les contre-balancer ; les autres, résultant souvent de la non-identité des produits, disparaissent chaque jour, grâce aux soins progressifs apportés dans sa préparation.

Nous désintéressant des applications différentes, tels que : potions, solutions, etc., à base de cocaïne ainsi que des liniments ou pommades, nous nous proposons d'aborder un autre mode d'emploi de cet alcaloïde : le badigeonnage buccal.

Celui-ci est préconisé en thérapeutique dans la plupart des affections de la bouche et de ses dépendances où il soulage instantanément les douleurs les plus vives ; toutefois il est à remarquer que le chirurgien répugne souvent à exécuter cette petite opération et qu'il en charge le malade. Il s'ensuit que la solution si rapide déjà à s'altérer, confiée à des mains inexpérimentées est promptement hors de service. Outre qu'elle provoque par son amertume la répulsion du patient, le badigeonnage inégalement réparti ne donne pas toujours les mêmes effets : un peu trop, et la déglutition est paralysée ou tout au moins gênée ; pas assez, l'effet devient nul.

En cette occurrence nous nous sommes demandé, s'il n'y avait

pas avantage à substituer à la solution ordinaire si désagréable et si promptement altérable, une autre forme pharmaceutique donnant une dose précise, parfaitement stérilisée et rendue acceptable, même par les personnes les plus difficiles. Notre choix s'est porté sur les pastilles, il en existe déjà, mais la dose, du principe actif est si minime qu'il faut en ingérer une cinquantaine environ pour absorber une dose suffisamment active, c'est-à-dire de 1 à 3 centigrammes.

Il serait cruel de faire sucer autant de pastilles pour un aussi maigre résultat.

Après quelques essais très concluants nous nous sommes arrêtés à la dose de 0 gr. 01 centigramme de cocaïne pure par pastille. Nous avons pu donner sans inconvénient, à des grandes personnes, successivement 5 de ces pastilles ; dose plus que suffisante pour obtenir les effets que nous avons recherchés. Cette dose peut paraître excessive. Il n'en est rien cependant.

Il ressort en effet de la discussion, qui a eu lieu à la Société de Thérapeutique, dans sa séance du 27 avril, qu'on peut faire absorber aux grandes personnes jusqu'à 50 centigrammes de cocaïne en 24 heures.

Toutefois, d'après les observations de MM. Dujardin-Beaumetz, Gouguenheim, Moutard-Martin, Vigier, Labbé, etc.; il importe de ne pas laisser ces pastilles d'un dosage élevé à la portée des enfants et d'être toujours prudent dans leur administration, surtout dans la médication infantile. D'ailleurs il nous sera facile, dans les cas où nous aurons besoin d'employer des doses élevées, de faire rejeter la salive, tout en conservant l'action du médicament.

M. Vigier dont le dévouement à l'Ecole ne se dément jamais a mis son savoir et son habileté à nous aider dans cette voie, il a ingénieusement combiné l'alcaloïde avec l'acide borique et nous a donné des pastilles de biborate de cocaïne, parfaitement aromatisées et agréables malgré la quantité relative de cocaïne pure (un centigramme) contenue dans chaque pastille. Nous sommes heureux de lui témoigner notre satisfaction et de le remercier publiquement une fois de plus.

J'ai eu l'occasion de donner pendant un repas, deux de ces pastilles à un individu qui souffrait atrocement d'un *psoriasis buccal* et qui a mangé quelques instants après sans plus éprouver de douleur. Un enfant atteint de *muguet* a été soulagé instantanément avec une 1/2 pastille ; enfin des périostites, des stomatites se sont amendées devant l'administration de ce médicament absorbé de cette manière.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'avantage du transport facile de ce médicament sous cette forme.

Au point de vue plus restreint de la prothèse dentaire, ces pastilles me semblent pouvoir être utiles à mes confrères dans les cas

d'empreintes à prendre au plâtre sur des sujets ayant des nausées faciles.

Les pièces à succion sont bien tolérées et l'on peut faire durer l'analgésie produite par la cocaïne sans craindre de troubles en faisant fractionner les pastilles par 1/2 ou par 1/4 et en recommandant au patient de rejeter sa salive. Enfin avec une ou deux pastilles qu'on laisse fondre au préalable sur le point à opérer, la piqûre de la seringue hypodermique n'est plus ressentie sur la gencive.

A tous ces titres, j'ai tenu à vous communiquer la supériorité incontestable des pastilles bien dosées, stérilisées et agréables, toujours prêtes à servir, sur les solutions employées jusqu'ici pour le répugnant badigeonnage buccal, je m'estimerai très heureux si cela peut intéresser la Société d'Odontologie de Paris.

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par le docteur Marié et M. Heidé

Professeurs à l'Ecole dentaire de Paris

I. — Epulis

Le malade que nous venons d'examiner porte, comme vous avez pu le constater, une excroissance sur la nature de laquelle nous ne sommes pas complètement édifiés; pourtant son étendue limitée, la longue durée de son existence, l'absence de désordres de voisinage peut nous permettre d'en débarrasser le malade sans inconvénients; avant de le faire, je vous rappellerai les notions élémentaires se rattachant à cette question.

Sous le nom d'Epulis tous les anciens auteurs rangeaient avec Galien les tumeurs bénignes ou malignes, solides ou liquides, affectant le bord alvéolaire des mâchoires et les opposaient dans leur classification aux parulis ou phlegmons des gencives.

L'anatomie pathologique de ces épulis, qu'Ambroise Paré appelait : « tumeurs et chairs superflues des gencives », ne fut l'objet d'une étude attentive que vers la fin du siècle dernier. On connaissait vaguement leurs principaux caractères cliniques, mais en raison même de leur malignité relative et de leur facile repullulation, on était très souvent disposé à les regarder d'emblée, sinon comme des cancers, au moins comme des excroissances pouvant facilement se transformer en cancers.

Cependant, Jourdain a décrit clairement sous le nom de *scléro-sarcome*, végétation ulcérée du périoste des alvéoles, le sarcome des gencives, qu'il sépare des tumeurs kystiques et de ce qu'il appelle les *varices* gingivales.

En 1845, Lebert cherche, après Müller, à appliquer le microscope à l'étude des tumeurs sarcomateuses. Nous donnerons, dit-il, aux sarcomes le nom de tumeurs fibro-plastiques, vu que nous avons affaire à un tissu qui n'est autre chose que du tissu cellulaire en voie de formation accidentelle.

Ce sont là, assurément, les termes essentiels de la définition du sarcome, tel qu'il est compris aujourd'hui.

Décrivant les éléments microscopiques qui constituent ces tumeurs, Lebert y reconnaît l'existence de grandes cellules mères, multinuclées, de corps fusiformes ou globules fibro-plastiques allongés et enfin des petites cellules arrondies avec des noyaux très marqués. Quelques années après la publication importante de Lebert, A. Nélaton décrivait sous le nom d'épulis toutes les variétés de tumeurs des gencives, et se bornait à leur assigner quelques différences symptomatiques. A quelque espèce qu'appartiennent les tumeurs dont nous venons de parler, elles sont ordinairement arrondies, saillantes et pédiculées; d'autres fois, elles sont à base large, étendues en surface, et presque aplaties).

Reprenant les travaux de Lebert, le professeur Robin montra, en 1849, que les éléments cellulaires décrits dans les tumeur ssarcomateuses étaient les parties constitutives essentielles de la moelle des os. Il leur donna le nom de médullocelles et de myéloplaxes. Normales dans la moelle, ces cellules peuvent se multiplier avec abondance, et de là résulte la production d'un tissu pathologique dans lequel elles prédominent, mais qui, bien que différent de la moelle, dérive de l'un de ces éléments naturels qui a augmenté de qualité. Ces tumeurs sont particulièrement de celles qui ont été appelées ostéosarcomes et épulis).

Ces résultats furent confirmés par Paget, en Angleterre, qui donna à ces tumeurs le nom de tumeurs myeloïdes.

En 1860, A. Nélaton exposa de la façon la plus claire la mare che clinique de ces productions morbides; il en montra l'extrêm-fréquence aux maxillaires et conserva le nom de tumeurs à myéloplaxes. Poussant plus loin l'analyse anatomo-pathologique, Nélaton indiqua que leur pronostic était variable selon qu'aux cellules à myéloplaxes étaient mélangés, dans des proportions plus ou moins grandes, des éléments fibro-plastiques.

Les dernières recherches histologiques ont beaucoup changé les distinctions établies par ces auteurs. Les conceptions actuelles du sarcome sont toutes différentes : tumeur constituée par du tissu embryonnaire en voie d'évolution plus ou moins active, le sarcome comprend les tumeurs fibro-plastiques de Lebert. Les variétés des cellules des sarcomes sont trop nombreuses, pour qu'il puisse être juste et facile de séparer, en autant de classes distinctes, les tumeurs où dominerait telle ou telle forme embryonnaire.

On décrit sous le nom d'épulis le sarcome superficiel, c'est-

à-dire celui qui. d'après la plupart des auteurs contemporains, prend naissance dans la couche profonde du périoste. Il ne faut pas cependant négliger de dire que cette origine sous-périostique n'est probablement pas toujours constante; le sarcome peut sans doute quelquefois naître aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux. Dans différentes communications à la Société de Biologie de Paris, M. Malassez s'est fait l'avocat d'une théorie originale sur l'étiologie des tumeurs des mâchoires, dont nous devons dire quelques mots.

D'après lui il existe de petites masses épithéliales autour de la racine des dents dans le ligament alvéolo-dentaire; 1° ces masses constituent une disposition anatomique normale très fréquente sinon constante; 2° elles proviennent des diverses productions épithéliales qui accompagnent la formation de l'orgne de l'émail, lesquelles persistent en partie; ce sont donc des débris épithéliaux fœtaux comme il en existe tant dans l'économie; d'où le nom de « débris épithéliaux » paradentaires, qu'il propose de leur donner; 3° ces masses enfin seraient le point de départ de prétendus kystes périostiques et folliculaires des mâchoires, ainsi que des kystes multiloculaires et des autres néoformations épithéliales qui se développent dans les maxillaires et dont on ne peut faire remonter l'origine ni aux téguments, ni aux glandes du voisinage.

Quelle que soit son origine, la tumeur apparaît en général sur le bord supérieur de la gencive, autour d'une dent cariée ou d'une racine, ou dans l'étroit espace qui sépare deux dents. A mesure que l'épulis se développe, il repousse toutes les parties molles situées autour de lui, cause des déviations dentaires soulève la joue ou refoule la langue en arrière, selon qu'il évolue en dehors ou en dedans. Quant au tissu osseux sous-jascent, il est d'ordinaire respecté, ce n'est que tardivement qu'il est envahi à son tour par les cellules du sarcome.

Observation I

Le..... 1886 M. Pierre Maréchal, fossoyeur, âgé de 30 ans, vint à la Clinique de l'Ecole Dentaire de Paris, réclamer nos soins pour l'affection suivante. Depuis 8 ans, il portait à la voûte palatine une tumeur qui, dans cette dernière année, avait atteint la grosseur d'une petite noisette. Cette excroissance était par intervalles le siège de gêne et de douleurs que le patient parvenait à calmer momentanément en pratiquant des piqûres multiples à sa périphérie. Au moment où le malade a réclamé notre intervention, la néoplasie avait atteint le volume d'un œuf de pigeon entraînant une gêne notable dans les fonctions de mastication et de phonation.

La tumeur était exactement située sur la face interne de l'arcade dentaire du maxillaire supérieur du côté gauche, entre la premiere petite molaire et la troisième grosse molaire.

Son insertion avait lieu par une pédicule étroite, résistant, mais permettant cependant l'introduction d'une spatule entre la grosseur et la voûte palatine. L'état de la bouche du malade n'était pas des meilleur, la gencive autour des dents du bas était inflammée; une couche

de tartre enveloppait les incisives et couvrait en partie les molaires du côté gauche ; les dents inférieures étaient assez bonnes. La gencive autour des dents du haut avait la couleur normale et était assez ferme.

Pas de trace d'ostéo-periostite. Les grandes incisives étaient rongées par la carie jusqu'aux racines, la première petite molaire et la deuxième grosse molaire supérieure gauche également et toutes ces racines restant implantées dans leurs alveoles respectives ; destruction des pulpes et des nerfs. Carie de deuxième degré des petites et grosses molaires supérieures droites. La tumeur avait la même apparence que la gencive, la couleur plutôt un peu foncée ; il est à supposer que son point de départ était le périoste intra-alvéolaire de la première grosse molaire supérieure gauche.

Le 28 mars, j'ai, au moyen d'un fil de platine, pratiqué la ligature du pédicule de la tumeur ; le 29 mars et le 30, le degré de torsion du fil fut graduellement augmenté. Pendant cette période de temps et surtout dans les jours suivants le patient accuse de la douleur dans la région soumise à la ligature.

Le 2 avril, il s'établit un léger état morbide caractérisé principalement par une grande somnolence qui se produit même pendant les repas.

Le 3 avril, une légère fièvre se déclare ; on fait l'application d'une rondelle de caoutchouc serrant très fortement.

Le 4 avril, la fièvre persiste toute la nuit sans interruption et le malade sous l'influence de la douleur, de la fièvre et de l'insomnie nous paraît très affaibli :

Pour mettre fin à ces symptômes inquiétants nous achevons le lendemain au bistouri l'ablation de la tumeur, ce qui a lieu sans effusion de sang. La cautérisation de la section du pédicule est effectuée au fer rouge.

La tumeur ainsi détachée se montre spongieuse à la pression, particularité dont l'examen histologique va nous donner la raison.

L'extraction des racines est remise à une prochaine séance ; malheureusement, le malade n'a pas reparu.

Examen histologique :

La tumeur plongée dans l'alcool ordinaire immédiatement après l'ablation, a ensuite été transportée dans l'alcool absolu où elle a atteint en quelques jours le degré de durcissement nécessaire pour l'obtention des coupes. Nous avons pratiqué celles-ci suivant trois diamètres différents, ce qui d'ailleurs nous a fourni, à l'examen micrographique, des résultats identiques.

Les coupes obtenues au microtome ont été traitées par l'eau légèrement acidulée par l'acide acétique, qui fait apparaître les noyaux cellulaires, tout en permettant aux éléments anatomiques, contractés par l'alcool, de reprendre leur volume primitif ; puis lavées à l'eau distillée, plongées dans le picro-carminate d'ammoniaque, et traitées par l'acide acétique en solution très étendue pour fixer la coloration du picro-carmin. Enfin, les préparations ainsi obtenues ont été montées, les unes dans la glycérine acétique, les autres, après deshydratations dans l'alcool absolu et éclaircissement dans l'essence de girofle, ont été montées dans le baume du Canada.

Les coupes, ainsi préparées, ont été soumises à l'examen microscopique.

Notre tumeur est recouverte sur toute sa périphérie par la muqueuse buccale, reconnaissable à son épithélium pavimenteux stratifié,

coloré en jaune sur la coupe, composé de cellules polygonates à noyaux bien visibles seulement dans les couches profondes, et à son derme sinueux au dehors, constitué comme d'habitude par un tissu conjonctif, à densité variable, renfermant des pàpilles vasculaires et nerveuses.

Le tissu conjonctif dermique se continue en dedans avec le tissu propre de la tumeur. La ligne de démarcation, bien qu'elle ne soit pas absolue, se distingue cependant nettement aux faibles grossissements.

Histologiquement la tumeur est constituée par des cellules embryonnaires abondantes principalement à la périphérie (sarcome eucéphaloïde) qui vers le centre et sur la plus grande partie de la coupe prennent le caractère de cellules fibro-plastiques de Lebert (sarcome fasciculé).

Les cellules embryonnaires sont petites et toutes globuleuses avec un grand noyau bien apparent ; les cellules fibro-plastiques sont fusiformes et multipolaires avec un nombre plus ou moins grand de prolongements qui rappellent l'apparence des ostéoblastes. Cependant nulle part dans cette tumeur nous n'avons constaté de points d'ossification : les trabéculus osseuses en voie de formation, les fibres arciformes, fibres de Sharpey font défaut et il n'existe pas trace de calcification, ce qui nous explique la molesse de la tumeur à la pression après l'ablation.

Cette néoplasie n'appartenait donc pas au groupe des ostéomes ou des sarcomes ossifiés. Cette modification du tissu se serait peut-être produite ultérieurement à partir de la base d'implantation si la tumeur avait été abandonnée à elle-même. Enfin le centre est parcouru par de gros troncs vasculaires au nombre de cinq ou six à paroi formée d'une rangée de cellules aplaties. La présence de ces gros troncs vasculaires nous rend compte de l'état spongieux de la tumeur que nous avons relaté précédemment.

On reconnaît également en quelques endroits une hyperplasie linéaire du tissu conjonctif dermique correspondant aux points où le malade avait pratiqué des piqûres. En résumé, nous avons affaire ici à une tumeur entièrement recouverte par la muqueuse buccale et constituée histologiquement par du *sarcome-fasciculé* qui ultérieurement aurait peut-être évalué en sarcome ossifiant.

La bénignité de la tumeur fut établie à nos yeux par l'ancienneté du néoplasme, l'âge du malade et l'absence des symptômes qui accompagnent les tumeurs malignes; les ganglions du côté malade ne furent pas atteints, il n'y eut aucun désordre de voisinage ; la forme bourgeonnée et irrégulière de la tumeur n'existait pas non plus ; elle était lisse et régulière comme il est dit plus haut et ne montrant aucune partie bourgeonnée fongueuse. Je n'ai pas extirpé, la tumeur le premier ou le deuxième jour cela vient de ce que le malade était sujet aux hémorragies, sans être hémophilique bien entendu, mais cela commandait néanmoins une certaine réserve.

(A suivre.)

OBSERVATION DE NECROSE

Par M. Ronnet

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris

Le jeune H..., 8 ans, demeurant à Vitry, rue A...., 13, se présente à la clinique, le mercredi 1er juin 1887. A l'inspection de la bouche nous remarquons une tuméfaction du maxillaire inférieur partant de la deuxième molaire, côté gauche, se continuant jusqu'aux incisives du côté droit. La face antérieure est d'un rouge vif et présente divers trajets fistuleux, d'où sort du pus en abondance.

A la face postérieure, la grosseur se continue d'un aspect violacé jusqu'au frein de la langue. Dans la partie centrale on voit les trois incisives permanentes tout à fait branlantes jusque et y compris l'incisive latérale droite.

On remarque que la molaire et la canine temporaires de gauche sont absentes et que c'est vers le niveau que commence la tuméfaction.

L'interrogation nous apprend que quatre semaines avant on avait pratiqué l'extraction de la dent molaire côté gauche; à la suite de cette opération, l'enfant souffrant encore, on lui fit l'extraction de la canine voisine. Ses dents étaient toutes deux en mauvais état. Ces extractions n'amenèrent aucun soulagement; l'enfant eut même une fièvre intense pendant les quatre jours suivants. On lui ordonna des gargarismes émollients qui, momentanément, eurent un effet calmant, mais à partir de ce moment les parents aperçurent une suppuration continuelle et des abcès dans la région antérieure de la bouche se succédèrent depuis cette époque.

Fatigués de voir leur enfant en cet état, ils le conduisirent chez un de nos confrères, qui l'adressa à l'Ecole.

En sondant, nous constatons la présence d'un gros séquestre s'étendant de l'endroit où la molaire a été extraite à la première incisive inférieure droite, se continuant dans la région sur toutes les parties jusqu'au plancher de la bouche en y comprenant deux des incisives latérales. La cause nous échappe, les parents, en bonne santé, n'ont jamais été malades, l'enfant lui-même a toujours été bien portant depuis sa naissance.

Les causes d'hérédité ne peuvent être admises. Toute diathèse actuelle ou antérieure non plus.

Sommes-nous en présence d'un de ces désordres de croissance se manifestant sur le système osseux comme il est donné d'en observer assez souvent sur l'enfant ? Peut-on invoquer une évolution vicieuse de l'une des dents ? Actuellement la bouche ne montre rien d'anormal à cet égard. Le traumatisme paraîtrait plus probable, l'extraction a été faite à la campagne par une personne non exercée aux opérations dentaires, mais pourtant je dois dire

que cette hypothèse ne s'appuie pas sur des apparences évidentes, la gencive et les alvéoles dans le voisinage immédiat de l'extraction n'ont pas subi de meurtrissures ayant laissé des traces L'infection par un instrument malpropre pourrait être aussi invoquée mais, quoique cela soit la croyance des parents de l'enfant nous n'en n'avons aucune preuve. Je ne puis donc vous présenter qu'une observation de désordre grave, étendu, sans pouvoir, avec nos éléments d'information, discerner la cause. Je serai heureux que l'un de mes collègues pût nous éclairer. C'est le but de ma communication.

L'opération fut simple, elle consistait en l'extractiou du séquestre; ce qui pouvait nous la faire différer était l'aspect des gencives et l'énormité dudit séquestre qui, oscillant sous la rugine dans toute la région, pouvait nous faire croire à une nécrose encore plus étendue et rentrant alors dans le domaine de la grande chirurgie.

Heureusement pour l'enfant il n'en a rien été.

A la suite de l'extraction un traitement antiseptique.

Le 1er juin : Extraction du séquestre, injection avec chlorure de zinc au 1 100°.

La dent incisive droite, très chancelante, est totalement dénudée du côté médian par suite de l'enlèvement du séquestre. Nous nous réservons cependant la chance de sa conservation.

Faire des lavages fréquents avec de l'eau phéniquée.

Le 3 juin, mieux sensible; nous enlevons de nouveau quelques débris.

Injection nouvelle au chlorure de zinc au 1 100°.

Continuation des lavages phéniqués.

Le 8 juin, l'enfant va beaucoup mieux; on remarque une légère consolidation de la dent incisive.

Le 15 juin, plaie en voie de guérison.

Nous revoyons le malade tous les quinze jours environ, jusqu'au 17 septembre, où nous constatons sa guérison complète, y compris la consolidation de l'incisive droite. De plus, malgré le manque de substance, on remarque la poussée de la canine et de la petite molaire permanente, qui viennent en partie remplir l'espace laissé libre par l'extraction du séquestre

---

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

Transactions of the college of Physicians of Philadelphia (third series vol. 8. Blakiston and C° Philadelphia, 1886.)

Cet élégant volume rassemble les communications les plus inté-

ressantes présentées à la Société des médecins de Philadelphie. Les sujets les plus divers y trouvent place.

Nous y avons consulté avec intérêt : Observations sur le chlorydrate de cocaïne ; l'action analgésique de la théine.

Dans la première communication M. Da Costa étudie quelques effets du chlorydrate de cocaïne administré en injections sous-cutanées. Il note l'influence du médicament sur le pouls, la respiration et la température. La diminution du nombre des battements, l'augmentation de leur force est pour lui un fait constant, ainsi qu'une faible élévation de température, l'observation suivante le démontre.

Un tiers de grain (0 gr. 022.) ayant été injecté à un homme robuste, quelque peu rhumatisant. le résultat fut le suivant :

A 11 heures (avant l'injection) pouls 76, respiration 17, température 97 5.

A 11 h. 25 (après l'injection) pouls 70, respiration 16, température 98.5.

A 10 h. 40 (après injection) pouls 66, respiration 16, température 98.5.

A 11 h. 55 (après injection) pouls 64, respiration 17, température 98.4.

A 12 h. 10 (après injection) pouls 68, respiration 16, température 99.

Ainsi une faible élévation de température, une diminution dans le nombre des contractions cardiaques sont les résultats de l'injection d'une aussi faible dose.

Les expériences comparatives sur la theïne et la caféïne, sont d'un observateur sagace, elles démontrent les effets contraires des deux agents que beaucoup considèrent à tort similaires dans leur action physiologique, en s'appuyant sur leurs analogies chimiques.

La théïne agirait surtout sur les nerfs sensitifs, la caféïne sur les nerfs moteurs

L'auteur a utilisé la théïne, principalement contre les douleurs rhumatismales, et contre certaines névralgies, et en a obtenu souvent de bons résultats, sans qu'ils fussent absolument constants. La comparant à la cocaïne, M. Th. Mays dit : L'action de la cocaïne est en quelque sorte l'opposé de celui de la théïne. La cocaïne agit surtout localement et si les centres nerveux sont frappés, ils ne le sont que secondairement (avec les petites doses). La théïne agit d'emblée sur les centres nerveux, et ce n'est que par une action en retour, que ses effets analgésiques se produisent. Elle aurait donc des effets analogues à la morphine, à la narceïne, et pourrait leur servir de succédané. Pour obtenir l'anesthésie, l'analgésie locale la cocaïne lui sera préférée.

On voit que dans les réunions de médecins de Philadelphie, la préoccupation pratique domine.

Nous sommes heureux d'avoir fait connaître cette excellente publication à nos lecteurs en y puisant des données applicables à notre thérapeutique.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

NOMINATION DE DENTISTES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L'administration de l'Assistance publique, comme on pourra le voir par l'arrêté que nous publions plus loin, vient de se décider à nommer des chirurgiens dentistes dans les hôpitaux de Paris.

Cette mesure d'une incontestable utilité était réclamée depuis longtemps.

Plusieurs de nos confrères, avaient, à différentes reprises, offert leur concours à l'administration (1), nos sociétés professionnelles avaient formulé des vœux à ce sujet (2); nous-mêmes dans une récente communication à la société d'Odontologie (3) *sur les services dentaire gratuits en France* en faisions ressortir l'urgence. Les dents sont sujettes à des maladies très répandues qui, quoique ne mettant que rarement la vie en danger, n'en réclament pas moins un traitement et des soins spéciaux.

Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, par la nature complexe de leurs fonctions et leur manque d'études spéciales sont mal préparés pour le traitement de ce genre d'affections.

Il a donc bien fallu, à la suite de justes réclamations et pour compléter le service hospitalier, faire appel au concours des dentistes.

De cela, nous félicitons sincèrement l'administration; nous ne pouvons malheureusement exprimer les mêmes sentiments quant à l'organisation du service et au mode de procéder de l'administration dans cette circonstance.

L'organisation de ce nouveau service est tel que malgré une augmentation de dépenses, importante pour une administration assez pauvre pour mesurer avec parcimonie *le lait et les médica-*

---

(1) Notre collègue et ami M. P. Poinsot, nous rappelait dernièrement qu'après avoir pendant plusieurs années exercé gracieusement et officieusement les fonctions de dentiste à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Dr Maisonneuve, encouragé par le chef de service, il se décida à demander à l'Assistance publique la nomination d'un dentiste dans les hôpitaux et à offrir son concours. Le directeur d'alors, M. Husson, lui répondit que les médecins suffisaient. Pourtant quelque temps après, le Dr Delestre était nommé.

(2) Voir l'*Odontologie* année 1883-84.

(3) Voir l'*Odontologie* janvier 1887.

ments à ses malades (1), il ne constituera pour le public aucune amelioration notable sur la situation précédente.

En effet, l'arrêté charge *huit dentistes* de la direction des services dentaires dans vingt et un hôpitaux, soit environ trois hôpitaux chacun.

Les dentistes sont tenus de faire au moins une visite par semaine dans chacun des hôpitaux le matin, à l'heure de la visite.

Soit trois visites par semaine :

De plus, pour les cas urgents, ils devront répondre à l'appel qui leur sera adressé par les directeurs de ces établissements.

Ils seront en outre chargés de faire chacun deux fois par semaine, le matin, une consultation dans l'un des établissements du groupe d'hôpitaux qui leur est attribué.

Ce qui donne un minimum de cinq matinées par semaine.

L'indemnité annuelle est de six cents francs. L'on peut se rendre compte dans nos écoles, du temps que demande une clinique rendre pour les affections dentaires, même en se bornant aux simples opérations urgentes, traitements, obturations et extractions. Or quel est le praticien un peu occupé, pour peu qu'il ait encore quelques autres services, lycées ou pensionnats, qui pourra donner régulièrement cinq matinées par semaine pour ce service d'hôpital.

Pour le supposer un seul instant, il faut ignorer absolument les conditions de la pratique de l'art dentaire.

Ce qui est possible pour le médecin qui ne reçoit ses malades que pendant un nombre limité d'heures de la journée et pour une consultation rapide, ne peut l'être dans les mêmes conditions pour le dentiste, qui est obligé non seulement de donner une consultation, mais encore de soigner, d'opérer lui-même ses malades de 9 h. à 10 h. du matin jusqu'à 5 ou 6 h. du soir.

Par conséquent, les titulaires seront obligés ou de faire trop rapidement ce service en se bornant à la simple consultation ou à l'extraction ou de ne le faire que partiellement, ou bien encore de s'en décharger sur un aide, généralement leur opérateur ou plus simplement un employé d'hôpital.

Dans l'un ou l'autre de ces cas, les malades ne trouveront pas les soins que cette nouvelle création pouvait leur permettre d'espérer si elle eût été organisée dans des conditions plus pratiques et telles que l'ont compris les fondateurs des cliniques dentaires.

Quant à la nomination des titulaires, nous sommes véritablement très étonnés des procédés de l'administration, non que plusieurs de ceux qui ont été nommés ne soient d'excellents praticiens, dont quelques-uns même sont professeurs dans nos écoles,

(1) Voir une récente circulaire de l'administiation de l'Assistance publique.

mais enfin, on est en droit de se demander pourquoi on a exclu systématiquement tous les hommes dévoués et désintéressés qui, depuis la mort du Dr Delestre (1880), qui les avait choisis, faisaient le service dans les divers hôpitaux sans réclamer le moindre titre et la plus légère rétribution.

On n'aurait même pas daigné les prévenir s'ils n'avaient écrit eux-mêmes, lorsque l'*arrêté a été affiché*, pour savoir la conduite qu'ils avaient à tenir.

Comment se fait-il qu'après avoir accepté leurs services, pendant près de huit ans, on les mette ainsi, de la façon la plus inconvenante, à la porte ?

Ou ils étaient incapables ou insuffisants, et l'administration encourt une grave responsabilité à les avoir laissés opérer ; ou ils avaient des capacités suffisantes, et alors pourquoi ne les nomme-t-elle pas les premiers lorsqu'elle juge utile de réorganiser le service?

L'administration paraît avoir voulu seulement porter son choix parmi les docteurs en médecine exerçant l'art dentaire sans s'enquérir de leurs titres professionnels et en négligeant les autres praticiens.

Cela nous paraît encore illogique.

Si l'administration considère que les médecins seuls connaissent l'art dentaire, il était inutile de créer un nouveau service : les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, dont les concours ont prouvé la valeur, devaient suffire ; il n'y avait qu'à rappeler à leur attention, par une simple circulaire, les maladies des dents.

Si, au contraire, l'administration reconnaissait que, par cela seul que l'on a étudié et que l'on pratique la médecine générale, il ne s'ensuit pas que l'on connaisse suffisamment l'art dentaire ; que c'est un art spécial, indépendant qui exige des praticiens spéciaux, il fallait choisir parmi tous ceux qui, légalement, exercent cet art à Paris, c'est-à-dire parmi tous les patentés dentistes.

Enfin, dans quelles conditions bizarres se sont faites ces nominations ?

La délibération du conseil de surveillance de l'Assistance publique, organisant ce service, est du 10 juin 1886. Elle a été tenue secrete jusqu'à ce jour. L'arrêté du directeur du 20 août n'est pae encore publié.

Pourquoi n'a-t-il été donné aucune publicité à la création projetée ?

Pourquoi n'a-t-il été fait aucun appel au public dentaire ?

Pourquoi n'a-t-on fait aucun concours professionnel ou concours sur titre, comme cela se fait habituellement ?

Pourquoi, enfin, n'a-t-on fait connaître, à l'avance, aucune condition d'admissibilité ?

L'administration a préféré le choix fait dans le silence du cabinet, avec cette compétence universelle que s'arrogent toutes les administrations.

Les groupes corporatifs de l'Art dentaire ont été tenus avec soin à l'écart. Tous ces procédés ne sont pas dignes d'une grande administration publique qui doit avoir avant tout le souci des intérêts généraux qui lui sont confiés.

L'administration de l'Assistance publique avait le devoir d'agir au grand jour en suivant les procédés et usages pour la nomination du personnel médical et conformes aux traditions démocratiques. Il fallait appeler les associations professionnelles à donner leur avis pour l'organisation de ce service comme le font actuellement tous les ministères, toutes les commissions parlementaires ou municipales pour les lois ou les décrets touchant une profession quelconque, comme vient de le faire du reste M. le ministre du commerce à propos du traité de commerce avec l'Italie, comme on le verra par la circulaire que nous publions plus loin (1). L'administration de l'Assistance publique eut trouvé ainsi le moyen d'organiser, grâce à des concours gracieux, le même service dans des conditions plus pratiques et moins coûteuses.

Elle n'en eût pas moins été libre de suivre ou non les avis qui lui eussent été donnés, et de choisir la solution qui lui eût paru la plus conforme aux intérêts dont elle a la garde ; mais elle l'eût fait en connaissance de cause.

En somme et pour conclure nous résumons ainsi nos critiques :

L'administration de l'assistance publique en nommant huit dentistes dans les hôpitaux de Paris, vient :

De créer un nouveau service dans des conditions telles que l'application stricte en est tout à fait impraticable ; que ce service n'apportera à la situation précédente aucune amélioration, notable pour le public, puisqu'il était déjà fait officieusement par des dentistes non payés, que le surcroît de dépenses qui en résulte (5,000 fr. au minimum par an, soit 30.000 fr. pour les six ans sans compter les frais d'installation), va grever, sans avantage pour les malades, le budget déjà trop chargé des pauvres au profit de nouveaux fonctionnaires ;

Qu'enfin les nominations se sont faites dans les conditions les plus arbitraires et les plus fâcheuses, sans publicité, sans prévenir les intérérességs, sans prendre l'avis des groupes corporatifs, sans concours, sans garantie professionnelle, par le choix seul, à l'aide de procédés en un mot qui permettent de supposer que l'on a eu surtout pour but de favoriser quelques personnalités sympathiques aux dépens de ceux qui, gratuitement, remplissaient la fonction avec dévouement et désintéressement depuis sept ans ;

Qu'ainsi l'administration de l'Assistance publique a encouru une grave responsabilité dont les contribuables ont le droit de leur demander compte.

Ch. Godon.

---

(1) Voir page .)

Afin que nos lecteurs aient toutes les pièces du débat sous les yeux nous reproduisons les documents le concernant.

Voici l'arrêté du directeur de l'Assistance publique :

République française

Administration Générale de l'Assistance publique

ENFANTS MALADES

SECRÉTARIAT
Personnel et service de Santé

N° 2939

Motif

Traitement des maladies des dents dans les hôpitaux et hospices

Le Directeur de l'Administration Générale de l'Assistance publique, à Paris.

Vu l'organisation votée par le Conseil de surveillance, dans sa séance du 10 juin 1886, et portant institution d'un service pour le traitement des maladies des dents dans les hôpitaux et hospices, et, à cet effet, répartition des établissements hospitaliers en 8 groupes, à chacun desquels un dentiste sera attaché ;

Vu le budget de l'exercice 1887, où est inscrit au sous-chapitre VI « Personnel attaché au service des administrés » Art. 1er « Service médical « Art. 2 « Dépenses accessoires », le crédit nécessaire pour l'allocation d'une indemnité de déplacement de 600 fr. à chacun des 8 dentistes,

Arrête :

Art. 1er. — Sont nommés dentistes des hôpitaux, pour une période de six années, à partir du 1er janvier 1888 :

MM. les Docteurs

Pietkiewiez.	Galippe.
Andrieux.	Ferrier.
David.	Marchandet.
Gaillard.	Cruet.

Art. 2. — Les hôpitaux et hospices sont répartis ainsi qu'il suit en 8 groupes, à chacun desquels sera attaché l'un des docteurs ci-dessous désignés, savoir :

1er Groupe	Hôtel-Dieu Hôpital de Lourcine	Pietkiewiez
2e Groupe	La Charité Maternité Enfants assistés	Andrieux
3e Groupe	Pitié Midi Cochin	David

4e Groupe	Saint-Antoine Andral Trousseau	Gaillard
5e Groupe	Enfants malades Necker Laennec.	Galippe.
6e Groupe	Lariboisière Beaujon	Ferrier
7e Groupe	Saint-Louis Tenon Bichat	Marchandé
8e Groupe	Bicêtre Salpétriêre	Cruet

Art. 3. — Les dentistes seront tenus de faire une visite par semaine au moins, dans chacun des établissements du groupe qui leur est attribué. Cette visite devra avoir lieu le matin, à l'heure de la visite, de manière que MM. les chefs de service soient à même de leur désigner les malades ayant besoin de leurs soins.

Pour les cas urgents, ils devront répondre à l'appel qui leur sera adressé par les directeurs de ces établissements.

Ils seront, en outre, chargés de faire, deux fois par semaine, une consultation dans l'un des établissements du groupe, savoir :

MM.
Pietkiewicz : Hôtel-Dieu.
Andrieux : Charité.
David : Pitié.
Gaillard : Saint-Antoine.

MM.
Galippe : Enfants malades.
Ferrier : Lariboisière.
Marchandé : Saint-Louis.

Art. 4. — Il sera alloué, à chacun d'eux, à titre de frais de déplacements, une indemnité annuelle de 600 fr., qui leur sera payée par parties égales, à la fin de chaque trimestre, dans l'établissement où ils sont chargés de faire leur consultation hebdomadaire.

Pour M. le Dr Cruet, qui n'a pas de consultation, cette indemnité lui sera payée à la Salpétriêre.

La dépense sera imputable sur le crédit ouvert au budget, sous-chapitre VI « Personnel attaché an service des administrés ». Art. 1er « Service médical ». Art. 2 « Dépenses accessoires ».

Art. 5. — Le présent arrêté aura son effet à partir du 15 octobre 1887.

Fait à Paris, le 20 août 1887.

Signé : PEYRON.

Le bureau de l'Association générale des Dentistes de France ayant eu communication de cet arrêté, il en délibéra et après discussion, l'ordre du jour suivant fut adopté. Le secrétaire général reçut mission de le communiquer à M. le Directeur de l'Assistance publique.

Monsieur le Directeur de l'Assistance publique, à Paris

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous transmettre l'ordre du jour suivant adoptée par le Conseil de Direction de notre Société, à sa dernière séance, et relatif à l'arrêté, en date du 20 août 1887, du Directeur de l'Assistance publique, nommant des dentistes dans les hôpitaux de Paris.

Ordre du Jour :

Le Conseil de Direction de l'Association générale des Dentistes de France, vu l'arrêté du Directeur de l'Assistance publique du 20 août 1887, tout en approuvant la nomination de dentistes dans les hôpitaux, exprime le regret 1° que les Associations professionnelles n'aient pas été appelées à donner leur avis sur l'organisation du service et le choix des candidats;

2° Que cette organisation ait été faite dans des conditions telles, que l'application rigoureuse soit fatalement illusoire.

Veuillez agréer, etc.

Le Secrétaire général de l'Association,
CH. GODON.

De son côté, notre confrère M. Legret avait, en son nom personnel, envoyé à M. Peyron la lettre suivante.

Copie d'une lettre adressée au Directeur de l'Assistance publique par M. Legret :

M. le Directeur,

Boulogne, 2 septembre 1887.

Je viens d'avoir communication d'un décret nommant huit chirurgiens-dentistes des hôpitaux de Paris.

Depuis la mort du docteur Delestre, le 15 octobre 1880, j'exerce officieusement et sans aucune rétribution, les fonctions de dentiste à l hôpital des Enfants malades.

Si, comme je le suppose, ce décret met fin a ma mission, je désirerais savoir officiellemenı, M. le Directeur, a quelle date précise je dois cesser ce service, afin d'éviter la situation embarrassante, que me créerait nécessairement l'entrée en fonction du nouveau titulaire.

Je l'honneur, etc.

Signé : LEGHET.

Il y fut répondu par la lettre suivante :

Assistance publique, etc.

Monsieur,

L'Administration s'est préoccupée, depuis longtemps, de la réorganisation du service du traitement des maladies des dents dans les hôpitaux et hospices.

Le Conseil de surveillance a, dans sa séance du 8 juin 1886, émis

l'avis qu'il y avait lieu de répartir ce traitement en 8 groupes d'hôpitaux, dont le service serait confié à des dentistes, docteurs en médecine d'une Faculté française.

J'ai dû, en conséquence, procéder à la nomination de praticiens, docteurs en médecine, qui entreront en fonctions le 15 octebre prochain.

Par suite, le service que vous remplissez actuellement à l'Hôpital des Enfants malades, prendra fin à cette date.

Mais, en vous notifiant cette décision, je ne saurais oublier que vous vous êtes consacré, pendant plusieurs années, aux soins de nos malades, avec un dévouement et un déssintéressement absolus, pour lesquels je vous prie de recevoir, au nom de l'administration, tous mes remerciements.

Agréez, etc.

Pour le Directeur de l'Administration en congé et par délégation,

Le Secrétaire général,

Illisible?

Le Comité syndical a reçu la communication suivante. Il demande à ceux qui auraient à faire des observations à cet égard, à bien vouloir les lui transmettre, dans le plus bref délai.

Monsieur le Président de la Chambre syndicale de l'Association générale des Dentistes de France, à Paris.

Ministère du Commerce et de l'Industrie

—

Circulaire n° 260

—

Cabinet du Ministre

—

1321

République française

Paris, le 17 août 1887.

Monsieur le Président,

Vous n'ignorez pas que, par suite de la dénonciation qu'en a faite le cabinet de Rome, à la fin de l'année dernière, le traité de commerce existant entre la France et l'Italie cessera d'être en vigueur le 31 décembre prochain. En prévision des négociations qui pourraient s'ouvrir afin d'établir entre les deux pays un nouveau régime conventionnel, je consulte les Chambres de commerce et les Chambres consultatives des arts et manufactures, interprètes autorisés des intérêts généraux de l'industrie nationale ; mais j'attacherais du prix à avoir également l'avis des Syndicats professionnels qui, en vertu de la loi du 21 mars 1884, se sont constitués pour la défense des intérêts particuliers d'industries spéciales.

Je vous prie donc de vouloir bien me faire connaître, dans le plus bref délai possible, quels ont été, en ce qui concerne l'industrie représentée par votre Chambre syndicale, les effets du traité qui va expirer ;

quelle influence il a exercée sur le mouvement de ses exportations et de ses importations; enfin, quelles modifications il vous semblerait nécessaire d'y introduire.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de ces renseignements; elle est évidente. En tout cas, il m'a paru que, dans une matière aussi grave et lorsqu'il s'agissait de trancher des questions où sont engagés les intérêts de la France, j'avais le devoir de consulter ceux qu'elles touchent le plus directement. C'est ce devoir que j'accomplis.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments distingués.

Le Ministre du Commerce et de l'Industrie,

Signé : Lucien DAUTRESME.

LES RÉSULTATS D'UNE CAISSE DE SECOURS POUR LE CORPS MÉDICAL

Il y a quelques mois nous signalions aux lecteurs de ce journal la création récente d'une association médicale mutuelle, assurant à tout docteur en médecine, moyennant une cotisation de 10 francs par mois, une indemnité de 10 francs par jour, en cas de maladie temporaire ou permanente entraînant l'incapacité de l'exercice professionnel, — soit annuellement, pour les infirmes, une pension de 3,650 francs. Votre honorable confrère, le Dr Lagoguey, initiateur du projet, les Drs Barbulée, Brémond, Coulon, Fissiaux, de Finance, Raffegeau, etc., membres fondateurs, se basant sur les statistiques de morbidité d'associations analogues, non seulement espéraient tenir toutes leurs promesses, mais encore prévoyaient la réalisation de bénéfices devant constituer la réserve. Les adhésions sont venues nombreuses, et l'association est aujourd'hui en excellente voie de développement.

Les anglais, qui sont nos maîtres dans les questions d'assurance sur la vie, possèdent depuis plusieurs années déjà des sociétés de ce genre, leur association amicale entre médecins a tenu à Dublin, le 3 août dernier, sa quatrième assemblée générale et l'exposé qui a été fait de la situation budgétaire est des plus encourageants. Depuis la création de la société, il a été payé pour indemnités de maladie 196,950 francs, et il a été réalisé une réserve de 194,850 francs.

Les chiffres pour l'exercice 1886-87 sont les suivants :

A. — *Mouvement du personnel.*

Effectif du 30 juin 1886............	676	membres
Entrée dans l'année...............	120	—
Sortis..............................	24	—
Effectif au 30 juin 1887............	774	—

B. — *Recettes.*

Produit des cotisations.........Fr.	103
Intérêts des fonds placés...........	4.005

C. — *Dépenses.*

Nombre des malades..............	92
Nombre des journées de maladies...	3.484
Total des indemnités payées........	40.480 francs.

De la comparaison de ces chiffres avec ceux des exercices précédents, résulte l'invariabilité presque absolue du taux de la cotisation du taux de l'endemnité enfin de la morbidité moyenne, laquelle ne dépasse pas 5 journées par membre et par an. La moyenne de la cotisation annuelle s'élève à 134 francs, et celle de l'indemnité quotidienne à 11 fr. 61. Ce compte rendu est probant. Nous avons cru devoir le communiquer à nos lecteurs pour rappeler à leur mémoire l'existence de l'utile association fondée par l'honorable Dr Lagoguey et les praticiens de mérite qui l'ont secondé.

A. MALÉCOT.

(*Pratique médicale*, 27 septembre 1887.)

ASSOCIATION GENÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES LIBRES DE PARIS

23, rue Richer

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Séance du mardi 6 septembre 1887

Le secrétaire général annonce le départ des délégués de l'Association, MM. Dubois et Khun, pour le Congrès de Washington.

Il fait part au Conseil du mariage d'un des derniers lauréats de l'Ecole, M. Mousis, avec la fille d'un des membres de l'Association, M. Comet, d'Agen.

Il communique : 1° la lettre de M. H. Ambrosio-Carbonel qui annonce la fondation du Cercle des dentistes de Catalogne.

2° La lettre de M. Cazeaux, de Dunkerque, qui offre des dents anormales pour le musée de l'Ecole.

Il rend compte de la réception des délégués de l'Association par la commission du Conseil municipal relativement à la subvention.

M. Ratman Annin, de Buda-Pest et M. Jolibois, de Belfort, demandent à être admis comme membres de l'Association.

M. Jolibois adresse une souscription à l'Ecole de cent francs. Des remerciements lui sont adressés.

La huitième circulaire annuelle est définitivement adoptée.

M. Godon informe le Conseil de la nomination par l'Assistance publique de huit dentistes dans les hôpitaux de Paris et donne lecture au Conseil de l'arrêté du 20 août 1887 du directeur de l'Assistance publique instituant ce nouveau service.

Le Conseil après une discussion à laquelle prennent part MM. Poinsot, Chauvin, Ronnet, etc., adopte l'ordre du jour suivant :

Le Conseil de direction de l'Association générale des Dentistes de France, tout en approuvant la nomination de chirurgiens-dentistes dans les hôpitaux de Paris, exprime le regret :

1° Que les associations professionnelles n'aient pas été appelées à donner leur avis sur l'organisation du service ni à présenter des candidats.

2° Que cette organisation ait été faite dans des conditions telles que l'application rigoureuse de l'arrêté soit fatalement illusoire.

Il est décidé que cet ordre du jour sera communiqué au Directeur de l'assistance publique, à la Commission de surveillance de l'assistance publique et au conseil municipal de Paris.

M. Godon communique également au Conseil la proposition faite au Conseil général de Paris par M. P. Viguier et plusieurs de ses collègues, relativement à l'organisation d'un service dentaire dans les écoles professionnelles du département de la Seine.

Le Conseil, après discussion, vote l'ordre du jour suivant :

L'association générale des dentistes de France appuie la proposition déposée au Conseil général par M. P. Viguier et plusieurs de ses collègues, et tendant à l'organisation d'un service dentaire dans les écoles professionnelles du département de la Seine et se met à la disposition de la Commission pour donner son avis sur l'organisation des dits services, de leur inspection, et présenter des listes de candidats offrant une compétence suffisante.

De plus :

Le Conseil renouvelle le vœu que le Conseil municipal de Paris crée des services dentaires gratuits dans les bureaux de bienfaisanee et les dispensaires de Paris et des services d'inspection dentaire dans les écoles communales de la ville.

Et pour ces diverses créations offre son concours gracieux.

Il est décidé que ces divers ordres du jour seront communiqués au président du Conseil municipal de Paris, au président du Conseil général de la Seine et au préfet de la Seine.

La séance est levée à onze heures

Le secrétaire des séances,

TUSSEAU.

MISCELLANEA

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE TOULOUSE

Section des Sciences Médicales et d'Hygiène

RECHERCHES SUR L'ORIGINE ANCESTRALE DE L'HOMME A L'AIDE DU SYSTÈME DENTAIRE

I Recherches sur l'origine aucestrale de l'hommeia l'aide du système dentaire. II Ulcérations imaginaires de la langue.

M. Fauvelle, de Paris, l'auteur, débute par un exposé succinct de l'évolution du système dentaire dans la série des vertébrés. Les dents, ces papilles dermiques transformées d'abord, uniquement en rapport avec la muqueuse buccale chez les Sélaciens, deviennent adhérentes aux os des mâchoires chez les Teléostéens, les Amphibiens et un certain nombre de reptiles. C'est dans cette classe qu'elles commencent à pénétrer dans le bord tranchant des maxillaires en se creusant une gouttière, d'abord moitié osseuse, et enfin divisée en alvéoles distinctes. Chez les mammifères, elles se fusionnent diversement sur les parties latérales des mâchoires, sous l'influence de leur raccourcissement postérieur (arrière-molaires), puis par la réduction de leur région antérieure ou par la formation de la barre (prémolaires). Les dents composées, qui résultent de cette fusion, gardent la forme cylindro-conique de leurs éléments chez les omnivores; elles s'aplatissent latéralement ou transversalement chez les herbivores.

L'homme doit être rangé parmi les premiers. Dans toutes les races, le raccourcissement antérieur réduit à huit le nombre des prémolaires, formées chacune de deux denticules. Chez l'homme civilisé seul, l'état des dents de sagesse indique une tendance au raccourcissement supérieur. Notre système dentaire se distingue donc de celui des Anthropoïdes et des Pithéciens, uniquement par la composition des prémolaires, qui, chez eux, ont toutes quatre denticules ; mais cette différence s'efface dans la première dentition où ces dents présentent le même nombre d'éléments. C'est l'ontogénie qui établit la filiation. Les singes de l'ancien continent se rattachent aux lémuriens, qui, normalement, ont douze prémolaires, par le genre indri qui en a huit à l'état adulte et dix avant la chute des dents de lait.

D'autre part, la paléontologie nous montre les lémuriens procédant des pachydermes suidés, Pachynolophus et Cœbocherus,

par le genre adapis de l'éocène, qui, comme eux, possède seize prémolaires : ce nombre n'a jamais été dépassé chez aucun des mammifères connus. En remontant plus haut encore dans les temps géologiques, chez les marsupiaux, qui apparaissent dès l'époque secondaire, on voit les dents, d'abord en série linéaire comme chez les crocodiliens, se fusionner graduellement, de manière à former les types actuels.

Enfin, les singes de l'Amérique, qui ont douze prémolaires à deux denticules comme celles de l'homme, se rattachent aux lémuriens par celles de la première dentition, en tout semblable à celle des makis. La famille des cébiens a donc la même origine que eelle des Pithéciens, seulement elle a divergé.

L'évolution du système dentaire nous fait donc voir l'homme descendant des anthropoïdes et des pithéciens, ceux-ci des lémériens, qui eux-mêmes se rattachent aux pachydermes suidés de l'éocène. La filiation de ces derniers remonte aux reptiles à dents enchâssées en série linéaire par les premiers marsupiaux du trias et du crétacé.

Ulcérations imaginaires de la langue

Par M. Verneuil

Velpeau a déjà signalé les tumeurs imaginaires de la mamelle et décrit les tourments physiques des malades, en même temps que les incertitudes des médecins consultés dans ces cas souvent difficiles. Cette forme morbide mérite de rester dans le cadre nosologique, car il est des cas où les praticiens mêmes expérimentés sont embarrassés. Il existe en effet, ici, deux facteurs pathologiques ; la douleur, d'une part, et, de l'autre, quelque lobule glandulaire sensible au toucher et offrant une consistance plus grande que les autres, qui permet de croire qu'il existe là un néoplasme au début.

On sait, en revanche, qu'il ne s'agit souvent que d'une névralgie intercostale ou brachiothoracique avec point mammaire sans lésion organique dans la glande, par conséquent, sans nécessité d'une intervention chirurgicale que les malades accepteraient volontiers.

Ce que Velpeau a fait pour le sein, M. Verneuil voudrait le faire pour la langue.

Il a rencontré là aussi la réunion du symptôme douleur avec une pseudo-lésion anatomique constituant une affection pénible en elle-même, en raison des souffrances qu'elle provoque, mais réagissant aussi sur le moral d'une façon très fâcheuse ; les patients étaient convaincus qu'ils sont porteurs d'un cancer commençant de la langue.

Il a observé cinq cas de ce genre, tous bien caractérisés et surtout si semblables que la description de l'un d'eux, avec quelques détails, mettrait le praticien à même de reconnaître l'affection, et en donnerait une idée suffisante.

Il ne s'agit là, en somme, que d'une variété de névralgie linguale, mais le diagnostic n'est généralement pas porté, et la nature réelle du mal reste le plus souvent méconnue.

Les prescriptions et les ordonnances en font foi. Depuis plus d'un an, M. Verneuil observe le cas suivant :

M. X..., avocat, habitant la province, 42 ans, taille moyenne, fortement musclé, offre toutes les apparences de la santé. Pas de maladies sérieuses dans le passé, pas de syphilis.

Il se croit seulement menacé de la goutte par ses antécédents de famille. Il vient consulter au commencement de 1886, pour une affection de la langue qui l'inquiète fort et qu'il croit de nature maligne ; elle est survenue depuis plus d'un an et va toujours en s'aggravant. Elle a résisté à tous les moyens mis en usage, et provoque, tantôt une simple gêne, tantôt une douleur vive et bien localisée, se propageant vers l'oreille. Tous les mouvements de la langue exaspèrent cette sensation, bien qu'ils s'exécutent facilement.

M. X... mène une vie régulière, n'a jamais beaucoup fumé, a même cessé complètement depuis quelque temps ; l'examen des urines a donné un résultat négatif.

L'inspection attentive et le toucher du bord gauche de la langue ne font rien voir ni sentir de suspect, la langue est molle, souple et saine, la muqueuse buccale intacte, les ganglions non engorgés. Le malade est surpris du résultat de cet examen et insiste pour qu'il y soit procédé de nouveau. Il indique alors comme siège précis de sa douleur la saillie de la papille caliciforme la plus externe du v lingual. M. Verneuil lui fait alors constater que la papille de l'autre côté fait une saillie semblable ; seulement, elle n'est pas douloureuse. Il s'agissait là d'une névralgie linguale sans aucune lésion déterminante. Cette affirmation faite au malade ne le rassura pas complètement, et, à plusieurs reprises, il s'est de nouveau cru atteint de son mal aussitôt qu'il cessait le traitement institué et dont il tirait grand bénefice. Depuis un an, son état s'est bien amélioré, et la guérison est aujourd'hui assurée bien plus par le traitement moral que par le traitement local, consistant en gargarismes émollients et en attouchements avec une solution de cocaïne. Le traitement général de l'arthritisme consista en eau de Vals, liqueur de Fowler, bains alcalins.

M. Verneuil cite quatre autres observations ayant trait à un médecin, à un rentier, à un officier de dragon et à une dame. Tous ont présenté les mêmes phénomènes, tous étaient obsédés par cette douleur toujours localisée au même point. Tous, malheureusement, n'ont pu être suivis : le médecin est mort, quelque temps après, paralytique général, l'officier va mieux, sur les deux autres, pas de renseignements. Le traitement institué dans ces divers cas peut se résumer en ceci :

1° Injections hypodermiques intra-linguales ;

2° Cautérisation profonde avec le thermo-cautère dans la région malade ;

3° Destruction des papilles caliciformes avec le même agent.

La névrotomie et l'électricité seraient peut-être efficaces.

L'histoire de ces ulcérations imaginaires de la langue est en tous cas fort incomplète.

C'est à peine si l'on trouve, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, un article de Dechambre sur la névralgie linguale. La discussion de faits nouveaux serait nécessaire à l'achèvement de la question.

M. Fournier croit cette affection beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de l'admettre. Pour sa part, il en a vu un certain nombre de cas chez ses malades se trouvant dans les conditions indiquées par M. Verneuil. Ses recherches bibliographiques ne lui ont fait découvrir que l'article de Dechambre et quelques observations de névralgie linguale d'origine syphilitique. Selon lui, trois causes peuvent surtout provoquer cette affection :

1° La goutte ; 2° un appareil prothétique ; 3° Le tabès. Quant aux médicaments administrés dans ce cas il est convaincu de leur efficacité, seul, le bromure de potassium à la dose de 6 ou 8 grammes parait avoir quelques succès à son actif. C'est surtout une médication morale qui pourra venir à bout de l'affection.

M. Labbé a vu plusieurs cas de ce genre, dont ceux chez des médecins. Il insiste sur ce fait que le traitement doit surtout s'adresser au moral du malade, et c'est le plus souvent parce que les praticiens n'ont pas une autorité suffisante qu'ils administrent un grand nombre de médicaments n'osant être trop affirmatifs.

M. Laborde voit dans les observations de M. Verneuil une catégorie spéciale de malades : les hypochondriaques et les individus qui plus tard seront atteints de paralysie générale. Il y a là un fait intéressant qui mérite d'attirer l'attention.

M. Perrin cite le cas d'un malade qui faillit être opéré en Italie pour un cas de ce genre, et qui est actuellement bien amélioré uniquement par le traitement moral.

M Larrey signale le cas d'un officier qui, voyant souvent un de ses camarades atteint de cancer de la langue, se crut lui-même atteint du même mal et fut très long à se séparer de cette idée.

M. Verneuil est heureux d'avoir soulevé une discussion qui ne fait que confirmer l'existence de la lacune qui existe dans la science au sujet de cette affection. Il remarque surtout que personne n'a rien tenté de chirurgical contre elle. Or, de même que, lorsqu'une névralgie a un siège fixe en tout autre point du corps ou agit, il paraît rationnel d'agir aussi dans le cas d'ulcération imaginaire de la langue. En plus du traitement physique appliqué *loco dolenti*, on produirait aussi, soit par le thermo-cautère, soit par des injections sous-cutanées, un effet moral considérable sur le malade.

(*Union médicale.*)

Action des micro-organismes de la bouche et des matières fécales sur quelques substances alimentaires.

M. Pasteur présente à l'Académie une note de M. Wignal sur ce sujet.

J'ai recherché l'action qu'exercent, sur un certain nombre de substances alimentaires, les dix-sept espèces de micro-organismes que j'ai isolées l'année dernière de la bouche, et les deux que j'ai trouvées depuis (ces deux derniers sont : le micrococcus Pasteuri de Sternberg et un coccus que j'ai désigné par la lettre K.).

Parmi ces micro-organismes, sept dissolvent l'albumine, cinq la gonflent ou la rendent transparente ; dix dissolvent la fibrine, qua-

tre la rendent transparente ou la gonflent; neuf dissolvent le gluten, sept coagulent le lait, six dissolvent la caseine ; trois transforment l'amidon, mais un seul agite un peu énergiquement, un autre paraît vivre à ses dépens sans l'hydrater; neuf transforment le lactose en acide lactique ; sept intervertissent le sucre cristallisé ; sept font fermenter la glycose et la transforment partiellement en alcool. Toutes ces actions sont plus ou moins énergiques : les unes agissent rapidement, d'autres très lentement.

Parmi ces micro-organismes, six résistant plus de vingt-quatre heures à l'action du sucre gastrique maintenu à 36°-37°, que la culture soit récente ou vieille avec des spores ; cinq résistent plus de deux heures à son action lorsque la culture est récente et plus de vingt-quatre lorsqu'elle contient des spores; deux autres y résistent seulement une heure, lorsque la culture est récente et les spores d'un de ces derniers vingt-quatre heures, celles de l'autre seulement six heures ; les six derniers ne résistent pas une demi-heure à son action, que la culture soit récente ou ancienne.

Le suc pancréatique, préparé artificiellement est doué d'une action très puissante, et la bile n'ont aucune action destructive sur ces micro-organismes.

Dans les matières fécales, j'ai retrouvé six des micro-organismes de la bouche (le bacille Mesentericus fuscus, le bacille D ou coli commune, les bacilles B C et E et le coccus K) et quatre autres micro-organismes : Un stroptccope, un coccus et deux bacilles (1).

Un de ces derniers dissout l'albumine ; deux rendent transparente la fibrine, trois dissolvent le gluten ; un transforme l'amidon des pommes de terres, mais pas celui de l'empois, quoique, afin de lui fournir des matières azotées, l'empois ait été préparé avec du bouillon de veau, au lieu d'eau ; deux coagulent le lait ; un dissout en partie la caséïne et coagule ce qu'il ne dissout pas ;

Trois transforment le lactose en acide lactique ; trois intervertissent le sucre de canne et deux transforment en partie la glicose en alcool.

L'action de ces micro-organismes doit être considérable sur les aliments, car une série de numérations m'a montré qu'ils étaient au nombre de plus de 20 millions dans un décigramme de matières fécales, et certainement tous les micro-organismes qui y étaient contenus ne se sont pas développés dans les milieux que j'ai employés.

Afin d'essayer de réaliser ce qui se passe dans le tube digestif, ou les micro-organismes ne sont pas isolés, j'ai ensemencé des séries de ballons, d'une part avec du tartre dentaire et de l'enduit lingual, d'autre part avec un peu d'eau dans laquelle j'avais délayé des matières fécales. L'attaque des substances contenues dans les ballons fut très énergique au début; mais dès le troisième jour, souvent même dès le second, il se produisait un arrêt persistant.

Devons-nous conclure de là que les micro-organismes de la bouche et des matières fécales n'ont, mélangés, aucune action sur les aliments? Evidemment non, les transformations qu'ils subissent sous l'influence de ces micro-organismes se sont arrêtées dans nos ballons, parce que leurs parois de verre sont incapables d'absorber au fur et à mesure de leur production, comme l'intestin le fait, les produits qu'ils engendrent.

De l'ensemble de ces recherches, je concluerai qu'elles justifient l'opinion de M. Pasteur, qui attribue une grande importance au rôle des micro-organismes dans le travail de la digestion, et démontrent, d'autre part, que les phénomènes de la digestion en général, et en particulier le rôle qu'y jouent les micro-organismes sont plus complexes qu'ils ne le paraissaient au premier abord.

(*L'union médicale*, 23 *août* 1887.)

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. P. Dubois

AMALGAME DE BONWILL

Argent	45
Etain	43
Or	7

ELIXIR DENTIFRICE

Salol	33.00
Alcool à 90 degrés	150.00
Essence de badiane	ââ 0.50
— de géranium	ââ 0.50
— de menthe	1.00

(*Bulletin de thérapeutique.*)

GARGARISME CONTRE LA STOMATITE (MONIN)

Acide borique	ââ 1	gramme
Acide salicylique	ââ 1	gramme
Chlorate de potasse	8	grammes
Glycérine très pure	50	—
Essence de myrrhe	XVI	gouttes
Hydrolat de fleurs d'oranges	300	grammes

Faites dissoudre. Cette solution s'emploie en gargarimes et en lavages de la bouche, dans le cas de stomatite catarrhale. Le malade peut, en outre, sucer des pastilles de borax sans sucre. — N. G.

(*Union médicale* 24 septembre 1887.)

TRAITEMENT DES PIQURES DE COUSIN, par M. le docteur GERARD.

On sait combien sont désagréables les piqûres de moustiques; ces piqûres produisent des papules rouges, douloureuses qui disparaissent lentement et qui sont le siège d'un prurit persistant. L'eau salée le vinaigre, l'eau blanche, l'alcool camphré, l'ammoniaque sont des remèdes n'ayant qu'une efficacité fort contestable.

M. Gérard, ayant un jour entre les mains un flacon de chloroforme, eut l'idée de s'en frictionner l'avant-bras, qui était affreusement piqué. Aussitôt les démangeaisons disparurent et les papules s'atténuèrent.

Depuis, M. Gérard a souvent renouvelé l'expérience sur lui et sur d'autre personnes, et toujours avec le même succès; il a remarqué que le remède agissait d'autant plus sûrement que la piqûre était plus récente.

(*Archives de pharmacie.*)

LIQUÉFACTION DE L'ACIDE PHÉNIQUE CRISTALLISÉ

M. Perron a indiqué dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, le moyen de liquéfier l'acide phénique cristallisé. Il suffit de plonger dans un bain-marie le flacon contenant cet acide; lorsque la fusion est opérée, on ajoute dans le flacon 5 pour 100 d'eau; on agite, et le mélange ne se cristallise pas par le refroidissement.

Arch. pharm. 5 juil. 87.

UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL

La sténocarpine, le nouvel anesthésique local dont il s'agit a été extrait d'un acacia, que l'on croit être l'A Sténocarpu, par M. Séward, d'après le conseil d'un M. Goodman, de la Louisiane, qui eut accidentellement l'occasion de noter l'action anesthésiante des feuilles de l'arbre en question.

Un travail de M. Claiborne (*New-York Médical Record*, 30 juillet 1887), fournit les renseignements suivants.

L'alcaloïde a été extrait des feuilles. Une solution à 2 pour 100, instillée dans les yeux du lapin ou d'un chat a la dose de deux gouttes, produit une insensibilité complète : on peut piquer, tordre, racler la cornée ou la conjonctive sans qu'il se produise de symptômes douloureux, ceci au bout de cinq minutes. Au bout de dix à quinze minutes, l'anesthésie persistant, il y a aussi de la mydriase qui atteint son maximum au bout de vingt minutes et persiste telle qu'elle durant trente-six heures; l'anesthésie diminue à partir d'une heure environ. Même anesthésie locale lorsqu'on opère sur un point quelconque de la peau. M. Claiborne croit que la sténocarpine diminue la tension de l'œil, ce qui en ferait un médicament utile dans le cas de glaucome.

(*Revue scientifique.*)

NOUVELLES

L'absence de M. Dubois a retardé la préparation de ce numéro. Nous présentons nos excuses à nos lecteurs.

La séance annuelle d'inauguration des cours de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le samedi 5 novembre dans la salle des fêtes de la mairie du IXe arrondissement.

Le banquet annuel de l'Association générale des Dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris, aura lieu le jeudi 3 novembre.

Adresser, les demandes de soucription à l'un des commissaires :

MM. Papot, rue du Faubourg-Montmartre, 41.
Pigis, rue Blanche, 51.
Tasseaud, rue Royale, 18.

Un concours pour la nomination à deux postes de chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, aura lieu le dimanche 23 octobre.

L'épreuve clinique commencera à 8 heures *du matin*.

Les candidats sont priés d'envoyer les pièces justificatives et l'énoncé de leurs titres au secrétaire général avant le 20 octobre.

Le Jury est ainsi composé :

Docteurs David, Aubeau, Thomas.
MM. Poinsot, Godon.
Jurés suppléants : MM. Levett, Dubois.

Erratum. — Lire dans la liste des diplômes année 1886-87, page 390 : 1 Villers, médaille de vermeil ; 2. Denis, médaille d'argent, et non Villers médaille d'argent et Denis médaille de bronze.

HUITIÈME CIRCULAIRE ANNUELLE. — La huitième circulaire annuelle a été publiée et envoyée à tous les dentistes de Paris, de la province et de l'étranger.

Ceux qui ne l'auraient pas reçue sont priés de la réclamer à l'Administration de l'Ecole, rue Richer 23.

EXAMEN D'ENTRÉE. — Il se compose pour les candidats au cours de première année (voir art. 91-92) d'épreuves théoriques sur les matières suivantes :

Français ; dictée ; arithmétique ; fractions ; système métrique ; géographie générale et spécialement de la France ; histoire générale plus spécialement de la France ; éléments de géométrie.

L'étudiant est de plus interrogé à son choix sur une des quatre matières suivantes : éléments de physique, de chimie, d'histoire naturelle ou de mécanique.

Pour les candidats aux cours de deuxième ou de troisième année, (voir art. 95-96-97) l'examen se compose seulement des épreuves pra, tiques exigées des élèves à la fin du cours de première ou deuxième année.

Société d'Odontologie de Paris.— Séance extraordinaire du mardi-25 octobre, à 8 h. 1/2 du soir.

Ordre du jour : Le Congrès de Washington, conférence de M. P. Dubois.

Les séances de la Société sont publiques. Tous les dentistes peuvent y assister.

Statistique médicale

Un relevé des médecins, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens et herboriste, vient d'être publié par le ministère du commerce et de l'industrie.

Ce recensement donne un total de 36,512 personnes diplômées en France. Dans Paris seulement, on compte 2,188 médecins (le sixième du total général), 1,523 sages-femmes, 762 pharmaciens et 548 herboristes.

Le nombre des médecins n'est pas aussi surabondant qu'on pourrait le supposer, puisque les individus des deux sexes inculpés d'exercice illégal de la médecine forment encore un contingent annuel de 350 en moyenne.

AVIS

A CÉDER POUR CAUSE DE SANTÉ

Cabinet fondé depuis 10 ans dans le plus joli quartier de Paris, faisant actuellement de 19 à 20,000 francs. — Prix : 30,000 fr. 2/3 comptant.

Mobilier compris dans la vente, Salon, un Cabinet, l'Atelier et l'Antichambre. — Loyer, 2,000 fr. Bail, 4 ans.

S'adresser à M. Dubois, 2. rue d'Amsterdam.

Un jeune dentiste de l'Ecole de Genève désirerait trouver au mois d'octobre, et pour quelques mois, une place d'aurificateur à condition qu'il lui reste deux ou trois heures par jour pour se perfectionner dans la prothèse. Il se contenterait d'appointements peu élevés.

Ecrire au bureau du journal sous les initiales A. B. M.

Tout abonné ou membre de l'Association générale qui ne recevrait pas le journal est prié d'en aviser l'administration. Il sera envoyé gratuitement un autre numéro si la réclamation est faite dans le délai d'un mois.

VOL. 7. Paris, Octobre 1887. N° 10.

L'ODONTOLOGIE

[library stamp]

LA PRATIQUE DE L'ART DENTAIRE AUX ÉTATS-UNIS

Par M. P. DUBOIS

Délégué de l'Association générale des dentistes de France au Congrès de Washington

(Communications à la Société d'Odontologie. — Séances des 3 et 25 octobre 1887.)

Nous ne sommes plus au temps des Marco-Polo et des Christophe Colomb. Notre petite planète n'a plus beaucoup de secrets pour l'homme de nos jours, elle ne lui réserve plus les grands étonnements qu'il eut aux siècles de découvertes et de conquêtes, et dont les récits émerveillaient notre imagination enfantine.

Les facilités de voyage se sont accrues, la couleur locale disparaît sous une couche uniforme. Le moule de civilisation formé dans notre vieille Europe par trente siècles d'histoire est celui qui s'impose aux rejetons de la race caucasique, qui vont au loin fonder des colonies. Les nouvelles nations s'y ajustent sans y changer rien d'essentiel. A comparer, on voit que l'homme, pas plus que la nature, ne se différencient de beaucoup.

Voilà pourquoi, mes chers collègues, en revenant du Nouveau-Monde, je ne reviens pas d'un autre monde et n'ai dans mon bagage aucune merveille à vous faire connaître, même sur notre technique.

Si vous aviez délégué l'un des vôtres en Amérique, il y a une dizaine d'années, il aurait pu vous rapporter des nouveautés en assez grand nombre. La technique de l'aurification, le traitement de la carie compliquée n'étaient connus que de quelques rares initiés. Grâce à cette école, à l'excellent enseignement du professeur de dentisterie opératoire, M. Levett, les choses ont changé. Ces opérations sont devenues banales ; vous êtes tous familiarisés avec elles.

La technique, pas plus que les mœurs, n'a actuellement des différences bien marquées : les journaux, les sociétés professionnelles assurent des moyens de divulgation rapide. Les progrès, au fur et à mesure qu'ils voient le jour, sont connus de vous.

L'implantation, par exemple, qui est certainement la tentative

la plus hardie que notre art ait enregistrée ces dernières années, vous a été communiquée de bonne heure par les traductions de M. Meng (1). Il en est de même pour les couronnes (2). L'excellente communication de M. Knapp et les brillants spécimens qui vous ont été montrés enlèvent à ces opérations, à ce genre de travail, l'attrait de l'inédit.

La difficulté de ma tâche est à notre honneur. Cela prouve que nous ne sommes plus en arrière, que nous nous tenons au courant, qu'il ne se produit plus dans le monde une découverte scientifique ni pratique dont nous ne soyons aussitôt instruits.

Donc, Messieurs, si vous ne trouvez pas dans ce que j'ai à vous présenter le mérite d'être entièrement nouveau, la faute en est à vous, au mouvement que nous avons imprimé ensemble à nos affaires professionnelles.

Malgré tout, j'ai à vous sonmettre quelques progrès de détail, à montrer quelques instruments nouveaux. Ceci, nous le devons à l'inépuisable libéralité de notre cher président, M. Lecaudey, qui m'avait fait savoir qu'il tenait un crédit à ma disposition pour acheter toutes les nouveautés pouvant intéresser les dentistes français. Je n'en ai usé que dans une mesure limitée. Nous avons eu beau fouiller, à deux reprises, les immenses magasins de la maison White, à Philadelphie et à New-York, nous n'avons pas trouvé beaucoup de choses inconnues de vous. Voici celles qui m'ont paru les plus dignes de votre attention. Je vous les présenterai, tout en parlant des opérations auxquelles ces instruments sont destinés.

LA DENTISTERIE OPÉRATOIRE

L'aurification mérite la place d'honneur, car nous étions, sur sa terre classique: elle procède bien du génie américain ; sa technique s'est formée de toutes pièces aux Etats-Unis : outils et méthode, maillet, fouloirs, tour dentaire, digue, préparation de l'or, etc., etc. Rien de tout cela ne peut être contesté à nos ingénieux confrères.

Quoique certains opérateurs emploient l'or mou, pratiquent la méthode de Herbst, on peut dire qu'aux Etats-Unis l'immense majorité des praticiens préfère l'or adhésif.

Aux Etats-Unis l'aurification est un goût national et presque toujours la pépite d'or entre les dents fait partie du sourire des américaines.

La reconstitution d'un quart, d'un tiers de dent est chose commune.

Il s'ensuit que grâce aux goûts, à la patience de la clientèle, à son éducation en ce qui concerne les soins des dents, l'aurification est souvent applicable. Au Congrès et même à l'Ecole dentaire de New-York, les aurifications m'ont toujours paru faites

(1) *Odontologie*, octobre 1886, page 448.
(2) *Odontologie*, juillet 1887, page 333.

d'une manière irréprochable, les bords nets, l'ensemble homogène et solide.

Un des inconvénients de l'aurification avec l'or adhésif est la longueur de temps qu'elle exige. Pour nombre d'opérations exécutées sous nos yeux, on s'est attaché à diminuer cet inconvénient en abandonnant la méthode classique et en commençant l'obturation, soit avec de l'or mou, soit en employant des cylindres préparés, soit même en usant de l'or en éponge.

Pour finir, quelques opérateurs employaient l'or en rubans non coupés et laissés à la longueur de la feuille ; l'extrémité attachée, le ruban était replié et condensé sur la surface de l'aurification, chaque pli était bien condensé au maillet avant de faire toucher de nouvelles parties de ruban. L'opérateur économisait ainsi le temps du recuit et de l'attache à la brucelle, ou avec un premier fouloir, des petits morceaux.

La méthode de Herbst a tro... é peu de partisans en Amérique ; elle est, pour quelques rares opérateurs, employée comme moyen adjuvant, mais je n'en ai pas rencontré, même parmi ceux qui l'ont fait connaître en Amérique, qui l'emploient exclusivement du commencement de l'aurification à la fin.

Le procédé d'aurification le plus original que nous ayons vu est, sans contredit, celui de M. Shumway. Je vais en faire une courte démonstration ; vous jugerez de sa valeur.

La cavité remplie avec de l'or, mou ou adhésif au choix, jusqu'aux deux tiers, M. Shumway pose sur un coussin de l'or adhésif mince du n° 3. (Je n'ai pu me procurer à Paris que du n° 4. Malgré cela, mon or paraît adhérer.) La feuille ne se replie ni ne se roule, elle reste donc à son épaisseur de fabrication. La condensation se fait à l'aide de fouloirs à deux extrémités ; d'un côté, une pointe en or faite avec du fil tiré à une faible épaisseur, le 19 de notre filière d'épaisseur, ou trois millimètres de diamètre. De l'autre, un fouloir ou plutôt une spatule en ivoire; l'or est déchiré sur le coussin avec la pointe d'or ; il est passé sur la flamme, puis porté sur l'or précédemment foulé ; la pointe d'or l'attache en un point, puis la pointe d'ivoire fait le reste ; elle fait adhérer le morceau par une action de brunissage. L'emploi de l'ivoire n'est pas une condition absolue. L'aurification placée sous vos yeux a été faite avec une spatule en agate; l'adhérence a été parfaite pendant tout le temps de l'opération ; on peut s'assurer que la masse est dure et homogène.

L'inconvénient de ce système est dans le peu d'or placé à la fois, par conséquent dans la longueur de l'opération. M. Shumway, grâce à une grande habitude, diminue cet inconvénient; malgré cela, il ne nous paraît pas pratique de conduire une aurification du commencement à la fin en se servant de ce procédé ; mais pour finir, principalement sur les faces latérales, il est supérieur à tous les autres.

Dans la critique que M. Chauvin a faite de l'or adhésif, il lui a

reproché l'effritement des bords par le maillet, ainsi qu'une contraction de la masse; il n'en serait plus de même avec le procédé Shumway. Le maillet étant délaissé, il est possible d'aurifier les dents, aux parois les plus faibles, sans nuire à leur solidité : l'action de brunissage étend et ne contracte pas; enfin, elle est absolument indolore, même sur les dents récemment écartées. Ce véritable dorage, car il procède des mêmes moyens que ceux dont se servent les doreurs de cadres, a encore l'avantage de faire des surfaces lisses et de densité entièrement égale. Pour finir les aurifications, il me paraît être une modification heureuse.

Selon les préférences individuelles, la condensation à la main sans maillet ou avec le maillet, manié par l'opérateur ou par un aide, — souvent féminin, — maillet automatique de Snow et Lewis, d'Abbott, maillet actionné par la pédale du tour, maillet électrique (modèle de Bonwill), avaient leurs partisans; tous ces moyens de condensation furent appliqués sous nos yeux. Vous les connaissez et savez qu'il est difficile d'accorder à aucun d'eux une suprématie marquée sur les autres. C'est surtout pour l'aurification qu'on peut dire : tant vaut l'homme, tant vaut l'outil.

Si l'on ne considère que la rapidité de l'opération, le maillet électrique est celui qui offre le plus d'avantages; il est certainement le meilleur des maillets mécaniques. La force est extérieure à l'opérateur, elle reste néanmoins toujours sous son contrôle. Webb disait qu'il se manie comme un crayon, il est un instrument parfait, pourtant il soulève des objections; elles ne portent pas sur le maillet lui-même, qui est excellent, mais sur les piles qu'il rend nécessaires.

Nombre de maillets électriques fonctionnaient dans les salles de clinique de la 18e section. Ils étaient tous du modèle de Bonwill, modifié par Webb, et assuraient les meilleurs résultats.

Ah! si nous avions, comme dans certaines villes d'Amérique, des compagnies assurant une distribution d'électricité, comme on a une distribution de gaz ou d'eau, le maillet électrique serait sans rival. Malheureusement, le problème de la production de petites sources d'électricité n'a pas encore reçu une solution satisfaisante, et la difficulté de l'entretien des piles, du renouvellement des zincs, de la mise au repos qui ne se fait pas automatiquement, les inconvénients du maniement des acides, de leur vaporisation, rendent toujours le maillet électrique un instrument compliqué, susceptible de faire défaut au moment de son emploi. Espérons que ces inconvénients accessoires disparaîtront bientôt. Alors, nous aurons le choix entre le maillet Bonwill et celui que nous devons à notre collègue, M. Gillard, dont il est, je crois, une simplification et un perfectionnement. Le Dr Bonwill avait, à l'occasion du Congrès de Washington, fait l'historique de son maillet. En voyant les modèles successifs construits par l'inventeur, on

voyait combien la genèse d'une idée demande d'essais, de tentatives. On peut dire que c'est surtout pour l'inventeur :

Qu'il y a loin de la coupe aux lèvres !

M. Abbott, l'éminent doyen de l'Ecole dentaire de New-York, a modifié le maillet de Snow et Lewis, en lui adjoignant une pointe frappant d'arrière en avant. On peut voir l'avantage de ce maillet, en examinant le spécimen que je vous présente : le maillet tiré en arrière a une détente frappant en avant. Pour l'aurification des cavités postérieures, ce perfectionnement sera apprécié, d'autant plus qu'il n'a pas pour conséquence d'alourdir l'instrument, de le rendre moins maniable. M. Poinsot, qui est toujours à l'affût des nouveautés, s'est déjà servi de ce maillet. Il nous dira ses mérites.

On a cherché par diverses conbinaisons à utiliser la force produite par le tour dentaire pour actionner le maillet. Nous avons déjà fait connaître le système ingénieux de M. Telschow. On connaît le maillet Kirby. M. Bonwill a fait quelque chose de mieux : une main placée sur le tour fait mouvoir des touloirs, cela sans mécanisme compliqué. Ce nouveau maillet prendra, avant peu, place dans notre arsenal.

Plusieurs tours tiraient aussi leur force d'une source électrique : des piles Bunsen de six éléments actionnaient un électro-aimant de la compagnie de *Détroit* et assuraient une très grande rapidité de rotation. Ne faut-il pas attribuer la tolérance des patients (de fait, je n'en ai jamais vu méritant mieux cette appellation) à cette rapidité de rotation.

Pour nous, dentistes français qui avons à lutter contre le nervosisme des sujets que nous traitons, il était étonnant de voir avec quelle placidité quelle longanimité, les patients américains supportent les opérations les plus longues et même douloureuses exécutées sous nos yeux.

Le tour électrique a les mêmes avantages que le maillet, avec quelques inconvénients en plus : la dépense d'électricité est plus grande ; il s'en suit que son installation est plus encombrante, la dépense d'acides et de zincs plus forte, leur renouvellement plus fréquent ; comme pour le maillet la généralisation de son emploi est donc subordonnée à la mise à notre disposition d'un générateur d'électricité plus commode que la pile.

M. Bonwill, que hante toujours le démon de l'invention, a modifié le tour dentaire, en lui donnant une roue de plus grand diamètre, et en substituant à l'arbre flexible un arbre à double coude dont un est placé près de la main. Ces deux coudes donnent une grande mobilité au bras ; ils permettent de travailler à tous les angles. L'inventeur dit avoir reproduit dans son tour l'articulation du bras humain.

L'inconvénient réside dans la complication des cordes de trans-

mission qui dépensent de la force. De nouvelles simplifications sont nécessaires pour rendre ce tour tout à fait pratique.

Le tour de Shaw, dont les premiers spécimens ont été établis par la maison Ash, a actuellement de nombreux partisans en Amérique, il a des traits communs avec le tour Bonwill. Son grand mérite est d'être plus simple: comme celui-ci il a un arbre non flexible à double coude. On sait que l'arbre flexible du tour de White finit toujours par produire une trépidation nuisible à la parfaite exécution des opérations : le tour de Bonwill, celui de Johnsons, celui de Shaw remédient par des combinaisons analogues à cet inconvénient. Ce dernier me semble approcher plus que les autres de la perfection, surtout après les modifications qui ont été apportées par la maison White. J'ai vu ce tour dans les mains de plusieurs étudiants à l'Ecole dentaire de New-York ; il rendait d'excellents services.

J'ai présenté au Congrès le tour de M. Bergstrom ; son originalité et sa légèreté ont frappé tous ceux qui l'ont vu.

Quelques perfectionnements de détail ont été apportés à la construction des pièces à main du tour. Les plus perfectionnées sont les modèles n° 6 et n° 7. On devrait toujours les préférer au modèle n° 4 encore trop souvent employé chez nous. Avec les mains n°s 6 et 7, la production de la rouille est mieux entravée, la fixation et le changement de la fraise plus rapides et plus aisés.

Le mandrin que voici (n° 315 du catalogue White) est un petit perfectionnement : le pas de vis indiqué sur les angles de la tige rend la fixation du disque en papier plus ferme.

Je vous présente aussi le séparateur Parr. Par son usage on peut écarter instantanément des dents trop serrées, et pratiquer séance tenante l'obturation. Surtout pour les incisives ce petit instrument est très pratique ; ses ailes sont en dehors du champ opératoire; il est très fixe une fois placé. Ce séparateur me semble être supérieur à ses analogues. Il nous sera très utile.

J'ai été surpris d'apprendre que la dévitalisation de la pulpe, à l'aide de l'acide arsénieux, était strictement prohibée à l'Ecole dentaire de New-York, et aussi d'y voir appliquer le traitement conservateur sans toute la rigueur, sans toutes les précautions antiseptiques indiquées par Witzel. Comme notre visite se faisait pendant la période de vacances, je ne puis me permettre de dire qu'il en est toujours ainsi.

Certains opérateurs pratiquent la dévitalisation et l'extirpation instantanée de la pulpe par le procédé du bois que M. Boursin a déjà fait connaître aux lecteurs de l'*Odontologie* (1).

Un morceau de bois d'oranger est taillé assez finement pour pénétrer dans le canal qu'on a rendu d'accès facile par une large ouverture de la chambre pulpaire ; son extrémité est trempée dans

---

(1) *Odontologie*, mars 1887, page 141.

l'acide phénique ; l'acide phénique rend le bois plus souple, son action moins douloureuse. Le bois, placé à l'entrée du canal, y est poussé par un léger coup de maillet ; la pulpe est écrasée instantanément ; un tire-nerf la retire ensuite avec facilité.

Il est évident que ce moyen n'est applicable que pour les canaux d'un assez fort diamètre et bien en vue. En Amérique, la technique du coiffage n'est pas suffisamment connue ; on peut en juger, non seulement par ce qu'il m'a été donné de constater, mais encore par les meilleures publications, telles que celles de M. Trueman, que nous faisons connaître dans ce numéro.

Il est plus difficile de juger des traitements que de l'obturation simple et, comme nous n'avons pu rester assez longtemps aux Etats-Unis, nous ne pouvons en parler en connaissance de cause. Je ne donnerai que quelques indications.

Un opérateur au Congrès de Washington démontrait son traitement instantané des dents mortes. Il ne nous a pas paru employer pour cela des moyens nouveaux ; il attribue son succès à l'emploi de l'eau oxygénée. La sanction du temps manquait à ce traitement et je n'en parle que pour mémoire.

J'ai vu aussi pratiquer l'obturation des canaux avec un fil d'or entouré de gutta-percha dissoute dans du chloroforme.

L'oxychlorure de zinc n'est pas encore entièrement abandonné pour l'obturation des canaux par les praticiens américains.

Enfin, nous avons vu pratiquer la réimplantation par M. Younger et par M. Ottofy. Le premier la fit sur un de nos confrères anglais : deux incisives latérales furent implantées, les grandes incisives et les canines restaient ; la trépanation de la gencive et du maxillaire fut faite avec une grande hardiesse ; à plusieurs reprises, l'opérateur se rendit compte de la profondeur de l'alvéole artificiel en essayant la dent de remplacement ; la largeur de la couronne étant plus considérable que l'espace entre les dents restantes, — incisive et canine, — elles furent meulées en conséquence, pas assez pourtant pour entrer librement.

Pendant la préparation de la cavité, la dent était maintenue dans un bain-marie contenant une solution de bichlorure d'hydrargyre au 2/1,000e. M. Younger, de même que M Ottofy, pratiquent l'implantation en se servant le plus possible de la rétention mécanique, par l'ajustement serré dans l'alvéole artificiel et entre les dents latérales si elles existent.

Il est assez long de creuser un alvéole du volume d'une racine, les fraises et forets s'encrassent vite. M. Ottofy, pour obvier à cet inconvénient, a imaginé ces fraises à jour que je vous présente ; par leur usage l'opération est facilitée.

Les deux opérateurs fixèrent par des ligatures les dents implantées. M. Ottofy se proposait d'y ajouter le lendemain un appareil. De l'aveu d'un des patients, l'opération était assez douloureuse. Immédiatement après les dents avaient l'apparence d'une grande solidité. Cela tenait à l'ajustement étroit dont nous parlions plus

haut. Les soins post-opératoires sont les mêmes qu'après la réimplantation.

Un autre de nos confrères portait dans la bouche une dent implantée par M. Younger, deux années avant.

Si l'Amérique est la terre classique de l'aurification, elle l'est aussi du protoxyde d'azote. Tous les dentistes l'emploient. Il faut croire que cet agent anesthésique n'est pas aussi dangereux que certains le prétendent, car il est donné sans grandes précautions. Le dentiste américain ne pratique pas l'auscultation préalable, du moins à ma connaissance. Le protoxyde d'azote n'a pas démérité aux yeux des dentistes et de la clientèle. Il s'ensuit que la cocaïne a de moins nombreux partisans que chez nous. A part quelques praticiens qui en ont fait une étude spéciale, l'injection de cocaïne n'est pas un moyen souvent utilisé.

Au Canada, on est non moins enthousiaste du protoxyde d'azote qu'aux Etats-Unis. MM. Tresler et Goblensky, que j'eus le plaisir de visiter à Montréal, opérèrent devant moi, avec la plus grande habileté, en employant un gaz qui, au dire de ses fabricant, n'est pas du protoxyde d'azote (1). La patiente ne semblait pas un cas favorable pour l'administration d'un anesthésique : anémique et nervosique, elle ne donna pourtant pas signe d'excitation; l'anesthésie fut assez longue pour permettre d'enlever huit dents aux deux mâchoires; le réveil fut rapide, sans accompagnement de malaise. La cyanose n'avait pas été très marquée. J'emportai la meilleure impression de ce produit.

Voici, mes chers collègues, ce que j'ai vu de plus saillant au point de vue opératoire. J'ai encore à vous entretenir de mes observations sur la prothèse et particulièrement des couronnes.

(A suivre.)

LES DENTISTES DE LA COUR DE FRANCE

Par le Dr Th. David

Au cours de nos études sur les origines de notre profession, nous avons dû rechercher quels furent les dentistes et quelle fut leur situation à la Cour de France.

Tout comme leurs sujets, nos souverains et les membres de leur famille ne purent se passer des secours de notre art.

C'est ce point particulier de son histoire que nous présentons aujourd'hui à nos lecteurs.

(1) The vegetable anaesthetic, a safe and pleasant substitute for ether, chloroform, nitrous oxide. Boston vegetable anaesthetic C°, 15, Havard Place, Boston, Mass.

Quelques auteurs ont poursuivi, à travers l'histoire, l'origine des dentistes français jusqu'au treizième siècle (Duval, Delabarre).

Leurs assertions ne sont malheureusement appuyées sur aucune indication bibliographique que nous puissions contrôler.

Tel est le cas de Fattet qui a ainsi retracé l'histoire de l'art du dentiste chez les anciens, au moyen âge et dans les temps modernes (1).

Aussi est-ce sous toutes réserves que nous lui empruntons les documents qui, dans cette étude, précèdent le règne de Henri IV.

Pierre de la Brosse aurait été le dentiste de saint Louis. Voici comment nous l'apprend Fattet (p. 32-33) :

« Pierre de la Brosse, barbier et chirurgien de saint Louis, gagnait la faveur de la reine Blanche, en soignant avec dextérité la bouche de cette princesse.

« Si elle eût vécu sous Philippe le Hardi, il est probable que l'infortuné Pierre de la Brosse n'eût pas été pendu au gibet de Montfaucon, par suite de la haine que lui portait Marie de Brabant, deuxième femme de Philippe le Hardi, à qui, si on s'en rapporte aux chroniques du temps, il avait pratiqué, sans doute, par maladresse, des opérations douloureuses ».

Le dentiste de Charles V fut Thomas de Pisan « qui vit affluer toute la cour au Louvre, où le roi lui avait donné un logement » (p. 33, 34).

Celui de Louis XI fut Olivier Ledain. « Nous savons qu'Olivier et ses confrères (barbiers) furent les premiers à étudier la prothèse sur les cadavres. On conserve encore à Plessis-les-Tours (château où mourut Louis XI, 1483) le réduit où ces praticiens, malgré l'opposition des mœurs, faisaient leurs dissections, et l'on sait que ce fut à la suite d'une de ces opérations que, pour la première fois en France, fut remplacée la partie inférieure de la bouche par une mâchoire de métal. L'homme à qui l'on pratiqua cette opération vécut encore vingt-neuf ans » (p. 35). Ledain ou le Diable, quoique fait comte de Meulan et gouverneur de Saint-Quentin, fut, après la mort de Louis XI, pendu par arrêt du Parlement.

Henri IV (1594-1610)

Dulaurent. Henri de Navarre, alors qu'il n'était pas encore le roi Henri IV de France (c'est-à-dire avant 1594), avait pour dentiste un chirurgien, le sieur Pierre Dulaurent.

---

(1) *Traité complet de prothèse dentaire*, 5e édition, Paris, 1858.

M. de Lagrèse, dans son livre sur Henri IV (1), arrivé à l'article très intéressant des médecins et apothicaires du roi, s'exprime ainsi, page 188 :

« Après avoir parlé des apothicaires, disons un mot de l'*Opérateur des dents.*

« C'était un chirurgien faisant partie du service médical de la maison du roi.

« Nous trouvons qu'il a été alloué à l'argentier 15 livres, 15 sols pour un cautère d'or qu'il a fait faire pour cautériser les dents du roi, cautère pesant 5 écus, et la façon 15 sols, lequel a été mis en mains de M. Pierre, chirurgien (2). »

Il est donc établi, par des documents incontestables, qu'à la fin du seizième siècle, la Cour avait un dentiste avec une dénomination et des attributions particulières.

Louis XIII (1610-1643)

Dupont. Louis XIII eut également un dentiste particulier, ainsi que cela ressort du titre suivant :

« *L'opérateur charitable, lequel montre la manière et la méthode de se conserver les dents.* — Paris, 1633, in-8°, 6 p.

« *Remède très véritable et très assuré pour ôter et empêcher à jamais le mal des dents sans les arracher* (subluxations). — Paris, 1633, in-8°, 8 p. par Dupont, *opérateur du roy, reconnu expert pour toutes sortes de maux et accidents qui tombent sur les dents* ».

Ensemble, coll. à la Bibliothèque nationale Te $\frac{85}{2}$.

C'est de ce dentiste que l'on connaît les originales brochures écrites sous ce titre : Nouveau remède contre le mal de dents consistant à extraire la dent malade et à lui en substituer une autre prise, au choix du patient, sur un mort ou sur un vivant » S. L. N. D.

« Approbation de MM. les médecins, lesquels attestent à toute personne que l'on peut donner de vraies et naturelles dents, avec racines, en la bouche et place de celles qui viennent d'être arrachées (transplantation), in-8°, 8 p. (S. L. N. D.).

Louis XIV (1643-1715)

Pour le commencement du règne de Louis XIV, nous n'avons pas trouvé d'opérateur distinct. Le jeune roi, qui avait cinq ans en montant sur le trône, dut cependant plus d'une fois recourir à ses offices, ne fût-ce que pour faire extraire ses dents de lait.

---

(1) *Henri IV, vie privée, détails inédits*, 1885.

(2) *Registres de la Chambre des Comptes de Pau*, B. 63.

Nous savons, en outre, qu'il eut toute sa vie de mauvaises dents.

Nous ne supposons pas qu'il se soit contenté des soins des barbiers. Ces soins, bien sommaires, ne consistaient réellement qu'en soins de propreté et étaient donnés par le barbier de service.

Or, voici comment était réglé l'emploi des barbiers à la maison du roi pour l'année 1663 :

Un premier barbier et valet de chambre, 800 livres ; un barbier ordinaire, 800 livres ; huit barbiers et valets de chambre servant par quartiers, 600 livres. Ces praticiens étaient des officiers ayant titre de valets de chambre et ordinaire à leur table. Dans les Etats ou almanachs de la France, ils figurent à la fois parmi les officiers et parmi les médecins. Leur fonction était de peigner le roi, tant le matin qu'à son coucher, lui faire le poil, nettoyer les dents et l'essuyer aux bains et étuves.

Comme on le voit, il n'est pas question que tel ou tel barbier fut plus spécialement employé dans une fonction que dans une autre. Tous devaient être aptes, en leur temps de service, à remplir chacune des exigences du roi.

Le premier dentiste de Louis XIV fut jusqu'en 1669, probablement, Dupont.

A partir de 1669, la charge de dentiste est nettement indiquée dans les Etats comme faisant l'objet d'une fonction distincte ; le titre d'opérateur pour les dents est désormais régulier.

Les appointements de la charge étaient ainsi déterminés pour cette année : 600 livres de gages sur l'Etat et 600 livres de récompense à l'Epargne. Le titulaire n'avait plus comme les barbiers « bouche à cour »; son ordinaire lui était payé en espèces.

Il avait pour fonction de nettoyer et couper les dents et de fournir des racines et d'opiat quand le roi se lavait la bouche.

Remarquons, en passant, que la charge de dentiste précéda d'environ un siècle celle d'oculiste, qui ne fut créée qu'en 1757 et confiée à Daviel, l'inventeur de l'opération de la cataracte par l'extraction du cristallin. En 1752, une chaire d'ophthalmologie fut créée au collège de chirurgie et donnée à Gendron.

La désignation d'opérateur pour les dents est quelquefois remplacée par celle de chirurgien-opérateur, 1689, chirurgien-dendiste, dentiste, expert pour les dents, expert-dentiste, sans doute à cause des titres des personnes investies de la charge (barbier, chirurgien, expert).

François le Bert. Le premier opérateur pour les dents que nous ayons trouvé mentionné dans l'État de la Maison royale de Louis XIV est le sieur de Villeneuve François Le Bert, 1669-1675, qui, auparavant, figurait parmi les barbiers servant par quartier.

La charge définitivement instituée attira bientôt les ambitions au point que, comme pour tant d'autres, sa survivance même fut convoitée. En 1674, le fils de Villeneuve l'obtient ainsi ; il ne fut cependant jamais titulaire.

Ces convoitises trouvent leur explication dans la somme de bénéfices, qui étaient pour ainsi dire inhérents à la charge. Les maisons des autres membres de la famille royale étaient également, à l'exemple de celle du roi, pourvues d'un opérateur pour les dents, spécialement attaché à leur service. Ce fut quelquefois un opérateur distinct, mais le plus souvent le titulaire de la maison du roi cumulait et touchait des appointements pour chacune des différentes maisons.

Dubois. Le successeur de de Villeneuve fut Charles Boisgotin, dit Dubois, ou Du Bois. Le journal de la santé de Louis XIV mentionne une fois l'intervention de Dubois sur la royale mâchoire, en 1685, pour une carie du maxillaire supérieur avec perforation du sinus ; le dentiste eut à pratiquer plusieurs cautérisations au fer rouge. C'est dans cette année et dans ce mauvais état d'esprit et de mâchoire que Louis XIV signa la révocation de l'édit de Nantes (novembre 1685.)

Il prit la charge en 1676 et la garda jusqu'en 1708.

Il en touchait comme son prédécesseur :

600 livres de gages sur l'Etat ;

600 livres de récompense à l'Epargne ;

Une indemnité en espèces pour son ordinaire ; à partir de 1687 il a de ce chef 1,095 livres à la chambre aux deniers.

En 1689, il est mentionné sous le nom de Charles du Bois Guérin, et sous la dénomination de chirurgien opérateur. Il est aidé dans ses fonctions par son neveu Arnauld Forgeron à qui est donné la survivance de la charge.

Voici ce que le dentiste de la cour touchait à cette époque :

De la maison Royale :

600 livres de gages ;

600 livres de récompense au trésor royal ;

1,095 livres pour son ordinaire, à la chambre aux deniers ;

Par ordonnance 1,000 livres à la maison de Monseigneur ;

1,000 livres à celle de Madame la Dauphine ;

600 livres à celle de Monsieur ;

500 livres à celle de Madame;

Total 5,395 livres, somme très élevée pour l'époque.

A partir de l'année 1692, le dentiste doit prêter serment entre les mains du premier médecin du roi.

Du Bois n'a rien écrit, nous n'avons rien pu retrouver de lui, ni ouvrage ni article. Nous croyons qu'il devait habiter Versailles; il n'était pas de la corporation des chirurgiens de Paris, puisque l'*Index funéreus chirurgicorum parisiensium* (1315-1729), par Devaux, ne le mentionne pas.

ARNAULD FORGERON. En 1708, la charge de chirurgien opérateur pour les dents de la maison du roi passa aux mains du sieur ARNAULD FORGERON, qui l'avait déjà en survivance.

Le nouveau titulaire remplissait en outre, ainsi que son prédécesseur et oncle, les fonctions de contrôleur au quartier de Madame la Duchesse de Bourgogne, mère de Louis XV.

Louis XV (1715-1774)

Arnauld Forgeron vit la fin du règne de Louis XIV et le commencement de celui de Louis XV, ses appointements d'opérateur du roi pour les dents n'étaient que de 300 livres pour l'année 1716.

En 1718, il figure comme chirurgien opérateur de Madame, avec 500 livres de gages pour ce chef.

CAPPERON. Il eut pour successeur en sa charge, en 1722, M. CAPPERON qui l'occupa aux mêmes conditions.

Nous avons cependant trouvé dans une chronique du temps que, le 17 avril 1722, le roi eut une grosse dent du haut arrachée par LANDUMIER (1). Ce dernier dentiste à Paris s'appelait en réalité Laudumiey et était chirurgien dentiste de Philippe V roi d'Espagne. (Voir une approbation à la fin du livre de Fauchard p. 385.)

Dans un acte d'opposition, 19 janv. 1733, faite à la vente des biens du prince de Carignan, pour être payé des sommes qui lui étaient dues par ce prince, Capperon Jean-François est indiqué: chirurgien opérateur du roy et de la reine pour les dents, et domicilié en sa maison sise à Paris, rue de Colombe, paroisse Saint-Landry en la cité; il n'habitait donc pas Versailles.

Nous supposons que les dentistes de la cour ne devaient pas se conformer aux statuts de la compagnie de chirurgie de Versailles confirmés par lettre patente du roi, enregistrée le 16 mars 1720

(1) Manuscrit du marquis de Calviere (vente Fortia d'Urban), édité par les frères de Goncourt, *in Portraits intimes du XVIIIe siècle*. Paris 1878.

au Parlement. Aux termes de ces statuts, les experts dentistes, oculistes, bandagistes et sages-femmes étaient tenus, avant d'exercer leur profession dans cette ville, de se faire examiner par la compagnie sur les sujets de leur profession.

Nous avons pu suivre Capperon dans les fonctions de sa charge à la Cour jusqu'en 1749. Sans vouloir en rien diminuer son mérite, il nous a paru étonnant que Capperon soit devenu le dentiste du roi, alors qu'on aurait pu choisir un praticien du mérite de Fauchard, déjà suffisamment mis en relief et instruit, puisque son ouvrage, *Le Chirurgien dentiste*, paru en 1728, était composé dès 1720 (1).

De 1749 à 1763, nous n'avons trouvé aucune mention officielle de la charge de dentiste à la Cour. Nous pensons qu'elle fut tenue encore par Capperon; elle lui est attribuée dans une communication qu'il fit en 1757, à l'Académie royale de chirurgie, sur une dent exactement courbe, obs. avec figure (*Mémoires*, t. III, p. 17).

Bourdet. Les Etats de 1763 portent comme chirurgien-renoueur du roi le sieur Broca, et comme chirurgien-dentiste N. Bourdet, rue Croix-des-Petits-Champs, près la place des Victoires. Aucune mention n'est faite pour les autres maisons royales.

Cependant sur son ouvrage publié en 1759 (2), Bourdet se qualifie de chirurgien-dentiste de la reine, titre qu'il n'avait point fait figurer sur un plus grand ouvrage, paru en 1757, où il s'intitule simplement dentiste reçu au Collège de chirurgie.

Les deux charges à la maison du roi et de la reine lui sont attribuées par l'Etat de 1765.

Dans les Etats de 1770, Bourdet figure comme chirurgien-dentiste du roi et de feu la reine.

Il est appelé chirurgien probablement à cause des effets des lettres patentes de 1768, règlementant les experts dentistes. On faisait ainsi ressortir sa qualité de chirurgien pour le distinguer des simples experts.

Bourdet N. ou Bernard, qui est indiqué comme habitant Paris, cumulait les titres et les fonctions. Il était chirurgien ordinaire ; écuyer; chirurgien-dentiste du roi, de la reine, de la famille royale de Madame la Dauphine (1771), de la maison du comte de Provence (Louis XVIII, 1774), du comte d'Artois (Charles X), et lithotomiste de sa Majesté.

(1) Voir à la fin de l'ouvrage de Fauchard la date des approbations.

(2) *Soins faits pour la propreté*, etc., par Bourdet, chirurgien-dentiste de la reine, 1759.

Le dentiste de la comtesse d'Artois était (1777) Dauvers, rue Saint-Nicaise, dentiste également de Mesdames depuis 1770 et jusqu'en 1792.

Le dentiste du roi prêtait serment entre les mains du premier médecin, avait 600 livres de gages, 600 livres de récompense et 1,095 livres pour son ordinaire.

Louis XVI (1774-1792)

A l'avènement du nouveau souverain, Bourdet sut conserver sa charge dont la survivance fut donnée, dès cette époque, à Jean-Joseph Dubois Foucou, demeurant à la même adresse que Bourdet, probablement son parent ou son successeur. Un frère cadet de Bourdet, Etienne, dit Bourdet le jeune, habitant quai de l'Ecole, vis-à-vis du Pont-Neuf, était dentiste du duc d'Orléans, en même temps qu'opérateur du roi pour la pierre au grand appareil (1784, 1786).

Dubois Foucou. En 1790, Dubois Foucou devient titulaire de la charge auprès du roi et de la reine ; il la conserve pendant trois ans jusqu'à la mort de Louis XVI.

De 1793 à 1806, les événements politiques durent quelque peu modifier le service de la charge. Aucune mention de dentiste ni de médecin officiel n'est faite sous la République.

Napoléon Ier, empereur (1804-1814)

En 1806, deuxième année de son élévation impériale, Napoléon s'attacha pour dentiste officiel celui de l'ancienne cour, Dubois Foucou, qui occupa la charge et la conserva jusqu'en 1814. Il habitait rue Caumartin, n° 1.

Les événements de 1814-1815 (déchéance de l'empereur, rétablissement des Bourbons, Cent jours, retour du roi) vinrent encore troubler les fonctions du dentiste officiel de la cour de France.

Certains annuaires ne donnent pas de service médical pour la maison du roi de 1814 à 1830.

Quelques documents nous ont permis cependant d'établir ce qui a trait au service de dentiste.

Louis XVIII (1814-1824)

Dès son entrée en France (1814), Louis XVIII s'attacha comme dentistes Dubois Foucou, 1, rue Caumartin, et Oudet, 8, rue Richelieu, désignés sous la rubrique « médecins ayant exercé par charge et ayant rang de docteurs ». Peut-être étaient-ils ainsi dé-

signés parce qu'ils n'avaient pas été reçus docteurs en médecine dans les nouvelles Facultés. Dubois Foucou est quelquefois qualifié du titre de docteur-chirurgien, de l'ancien Collège de chirurgie de Paris, où il avait soutenu (1777) une thèse : *de dentium vitiose positarum curatione.*

La survivance est donnée à Delabarre, qui est, à tort, indiqué par Maury (p. 524) comme chirurgien herniaire.

Delabarre, reçu docteur en médecine à Paris en 1806, était déjà établi à Rouen ; il ne vint à Paris qu'une fois nommé (1814) dentiste du souverain, adjoint en survivance (voir la préface de son livre intitulé : *Odontologie,* Paris, 1815).

Sur ses livres publiés en 1819-1820, il s'intitule chirurgien-dentiste du roi en survivance et chirurgien-dentiste de Monsieur, frère du roi.

1816

Maison du roi : Dubois Foucou et Oudet.

Delabarre, adjoint en survivance.

Nous trouvons, en outre, pour la maison du duc de Berry :

Holstein, médecin-dentiste.

Ricci, chirurgien et pharmacien-dentiste du duc de Berry et de l'empereur de Russie. Cet Italien naturalisé « qui opérait publiquement, qui était escamoteur et jongleur sur le quai de la Ferraille, en face du Pont-Neuf, et qui amusait les passants », avait été autorisé à exercer la profession de dentiste par un brevet royal en date du 19 septembre 1767.

1817-1818

Maison du Roi. — Mêmes.

Hostein (sans l) devient, en outre, dentiste du prince de Condé, le grand-maître de la Maison de Louis XVIII et de son fils le duc de Bourbon.

1820

Maison du Roi. — Mêmes.

Maison du duc de Berry (année de sa mort). — Hostein.

Laforge-Desforges, dentiste honoraire.

1821

Maison du roi. — Dubois Foucou seul.

Delabarre en survivance.

Maison de la duchesse de Berry. — Hostein, chirurgien dentiste honoraire.

1824

Maison du roi. — Mêmes.

Hostein, breveté et pensionné du roi.

TALBAUT-DESCOURTIS, dentiste honoraire du roi.

Maisons du duc de Bordeaux et de la duchesse d'Orléans. — BOUSQUET, dentiste, 48, rue de Richelieu.

Charles X (1824-1830)

1825

Maison du Roi. — Le Roi garde le même dentiste que son frère défunt : DUBOIS FOUCOU.

DELABARRE en survivance.

(Avant la mort de Louis XVI, alors qu'il n'était que comte d'Artois, Charles X avait pour dentiste Bourdet. Les almanachs ne lui donnent ensuite aucun dentiste particulier; il dut prendre celui des Maisons de ses frères, Louis XVI et Louis XVIII.)

Dans les autres maisons royales nous trouvons en 1825 :

DELABARRE, chez la duchesse de Berry et Monsieur.

HOSTEIN, chez Madame la Dauphine.

BOUSQUET, electeur, attaché au duc de Bordeaux, à la duchesse d'Orléans, à la duchesse d'Angoulême et à Mademoiselle.

1826

Maison du roi : Mêmes.

1827

Maison du roi : Mêmes.

Duchesse de Berry : BOUSQUET, dentiste ;

HOSTEIN, dentiste honoraire.

1828

Maison du roi : Mêmes.

1830

Maison du roi : Mêmes.

Maison de Mademoiselle : LEMAIRE, dentiste du roi de Bavière, chevalier de Saint-Hubert, 3, quai Conti.

Louis-Philippe (1830-1848)

(Avec Philippe d'Orléans, le service de dentiste est simplifié à la Cour.)

1831

BOUSQUET est seul dentiste pour les Maisons de la Reine, du Roi et de sa sœur, la princesse Adélaïde d'Orléans.

1832

BOUSQUET est aux mêmes charges.

Lemaire lui est adjoint comme dentiste consultant.

1834

Bousquet (id.).
Lemaire (id.), meurt (22 février).

1836

Bousquet, dentiste.
Oudet, dentiste consultant.

1840

Bousquet et Oudet, dentistes.
Buchet, dentiste consultant.

1844

Oudet, dentiste.
Buchey (même que Buchet), dentiste consultant.

1847

Oudet, dentiste.
Buchey et Talma (dentiste du roi des Belges), dentistes consultants.

Disons en passant que les cours étrangères eurent souvent des dentistes français :

Laverand aîné, auquel succéda Miel, fut dentiste de la cour à Vienne;
Rouyer fut dentiste de la cour d'Espagne;
Pernet fut dentiste de la cour de Prusse;
Lecluse fut dentiste de la cour de Pologne;
Lemaire fut dentiste de la cour de Bavière;
Talma fut dentiste de la cour de Belgique;
Ricci fut dentiste de la cour de Russie;
Dorigny et Roux furent dentistes du Sultan.

TABLEAU CHRONOLOGIQUE

Henri IV (1594-1610)......	Pierre Dulaurent.
Louis XIII (1610-1643).....	Dupont.
Louis XIV (1643-1715)......	François le Bert, 1669-1676.
—	Dubois, 1676-1708.
—	Arnauld Forgeron, 1708-1722.
Louis XV (1715-1774)......	Id.
—	Capperon, 1722-1763.
—	Bourdet, 1763-1790.
Louis XVI (1774-1792).....	Id.

Louis XVI 1774-1792)..ù....	Dubois-Foucou, 1790-1831.
Napoléon I[er] (1804-1814)....	Id.
Louis XVIII (1814-1824)...	Id.
Charles X (1824-1830).......	Id.
Louis-Philippe (1831-1848).	Bousquet, 1831-1844.
—	Oudet, 1844-1848.

Nous avons ainsi rétabli l'ordre du service de dentiste à la Cour de France pour le règne de nos huit derniers rois et pour le seul interrègne qui en ait troublé la succession. Cette période de 254 ans commence à Henri IV (1594) et finit en 1848.

Pour neuf souverains, en comptant Napoléon I[er], nous avons retrouvé dix titulaires de la charge. Louis XIV eut 5 dentistes; 4 souverains furent soignés par Dubois Foucou.

Ainsi qu'on a pu le voir, les dentistes officiels ne furent pas toujours les praticiens les plus remarquables de leur époque. A Capperon, à Bourdet, à Dubois-Foucou on aurait bien dû préférer Fauchard, Jourdan, Duval, dont les travaux auraient mieux justifié la haute faveur de soigner les mâchoires royales.

DOCUMENTS ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MANUSCRITS (ARCHIVES NATIONALES).

Dépenses de la maison du roi, service par service. 1771, o¹7102.

Ordonnance particulières des payements, 1790. o¹264.

Administration de la maison du roi.

Règlements pour les différents services de la maison du roi. XVI-XVII. KK 544.

Enregistrement de brevets d'assurances pour les charges de la cour, 1717-1789. o¹711-712.

Répertoire des charges qui prêtent serment, XVIII[e] siècle. o¹713.

Détail du produit annuel des charges de la cour. o¹714.

Etats généraux des officiers, 1664-1789, 18 reg. et cartons. o¹715-732.

Etats du personnel, 1760-1793 (2 cartons). o¹ 733-734.

Captation de la maison du roi. o¹735.

Comptabilité générale, 1780-1792. o¹736-744.

Dépenses et pièces diverses, sous Louis XV et Louis XVI. o¹745-750. K 506. KK 374.

Voir Inv. des Arch. Nat. Maison du roi. Col. 119 et suiv.

Maison de la reine, des princes et des princesses. Id. col. 139 et 140.

IMPRIMÉS

Statuts, privilèges et ordonnances royales accordées par les rois à leur premier barbier. Paris, 1639. in-8o.

Extrait des officiers commensaux de la maison du roi et de la reine régente, de Mgr le duc d'Orléans, de Mademoiselle et Mgr le duc de Condé. Paris, 1644, 2 vol. in-fo.

Etat général de la maison de la reine de France où l'on voit les noms, les gages de tous les officiers et le quartier de leur service, in-12.

Le livre commode des adresses de Paris. Paris, 1692. Réimpression elzévirienne.

Statuts et règlements pour la communauté des barbiers, 7 septembre 1718. Paris, 1746, in-4°.

Statuts des maîtres en chirurgie de Paris. Paris, 1765, in-4°.

Traité des droits, fonctions, franchises, etc., annexés en France, à chaque dignité. Paris 1786, 4 vol. in 4°.

Mercure de France : Indication du Mercure de France, 1672-1789, par Jeannin Guigard, Paris, 1869, in-8°.

Journal de la santé du roi, par J.-A. Roy. 1 volume in-8°, 1862.

Notice sur le Journal de la santé du roi, par Lacour. 1 vol. in 8°.

L'Etat de la France nouvellement corrigé et mis en meilleur ordre, où l'on voit de suite tous les officiers de la couronne et leurs armoiries, ensemble les noms des officiers du roi et le quartier de leur service avec leurs gages et privilèges et l'explication des fonctions et charges de 1648 à 1752.

Waroquier, Almanach royal.

Almanach national.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE

PROGRAMME, PROCÉDÉS ET MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT

Communication adressée au Congrès Médical international de Washington (Septembre 1887)

Par CH. GODON

Secrétaire Général de l'Association Générale des Dentistes de France, Sous-Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris

(*Suite.*)

Avant de passer à l'étude du programme proprement dit, nous citerons cependant, au point de vue documentaire, celui que

traçait, en 1802, un dentiste français, L. Laforgue, dans son traité *de l'art dentaire ou manuel des opérations de chirurgie qui se pratiquent sur les dents et de tout ce que les dentistes font en dents artificielles, obturations et palais artificiels.* (Edité à Paris.)

Il indique aussi *les qualités nécessaires aux dentistes pour pratiquer avec succès.*

PROGRAMME

Connaître l'anatomie et la physiologie en général, et particulièrement l'anatomie de la bouche ; l'inflammation, la suppuration et la résolution; le ramolissement et la carie des os.

Connaître, au premier aspect, les constitutions et l'état de santé de chaque sujet.

Avoir une taille moyenne ; n'avoir rien de désagréable dans son apparence; avoir des dents bonnes et propres.

Avoir les doigts longs et menus; beaucoup d'adresse, de l'invention, une conception facile, un prompt et bon jugement, un caractère aimable, doux, patient, complaisant et honnête. Il faut avoir une mise propre, sans luxe.

On remarquera combien, à part certains détails de moindre importance, nous sommes, dans les lignes générales, d'accord avec notre confrère de 1802.

Programme proprement dit

ENSEIGNEMENT PRÉLIMINAIRE

Nous avons dit que le jeune homme qui se destine à la pratique de l'art dentaire doit, avant d'aborder l'enseignement proprement dit, posséder une instruction préliminaire à peu près égale à celle que l'on peut acquérir jusqu'à seize ans en moyenne dans les collèges ou les lycées, une bonne instruction d'enseignement secondaire spécial.

Elle doit, par conséquent, comprendre la connaissance de la langue nationale, de l'arithmétique, de la géométrie, de l'algèbre, de l'histoire, de la géographie.

Les éléments de chimie, de physique, de mécanique et d'histoire naturelle.

Nous ne croyons pas nécessaire, pour le futur dentiste, l'étude plus ou moins imparfaite du grec et du latin, dont M. le professeur Lefort, entre autres, faisait récemment le procès à l'Académie de Médecine, lors des discussions sur le surmenage; nous préférons de beaucoup la connaissance d'une langue vivante, l'anglais ou l'allemand.

En effet, les auteurs grecs ou latins se sont trop peu occupés des dents pour qu'il y ait autre chose qu'un intérêt historique à les consulter; au contraire, la littérature professionnelle écrite en langue vivante, français, anglais, allemand, contient des ouvrages

et des revues sur l'art dentaire des plus utiles, des plus nécessaires même à connaître, sans attendre des traductions plus ou moins fidèles, plus ou moins tardives, ou qui ne se font même pas toujours.

Quant aux étymologies de la plupart des mots employés dans les sciences de la médecine, est-il absolument nécessaire de connaître entièrement la langue qui les a formées, pour comprendre et retenir l'explication de leurs racines et de leurs dérivés.

Nous avons dit qu'une bonne instruction primaire nous paraissait suffisante.

Par conséquent, pour la France, nous repoussons l'obligation du baccalauréat ès-lettres et du baccalauréat ès-sciences; parmi les titres universitaires, celui qui représente le mieux notre programme est le baccalauréat de l'enseignement secondaire spécial de création récente, mais nous nous contentons même du programme des 3 premières années de l'enseignement secondaire spécial des lycées, ou du brevet de l'enseignement primaire supérieur. Nous ajouterons l'étude du dessin afin de développer et de former le goût si nécessaire au dentiste. Nous souhaitons également, pendant la dernière année de cette étude préparatoire, qu'il soit joint au programme une série d'exercices pratiques sur le travail des métaux, etc., tel qu'il est donné dans certaines écoles professionnelles de la Ville de Paris par exemple, et suivi d'une année de stage dans le laboratoire d'un praticien pour l'étude de la prothèse.

Nous avons supprimé de ce programme comme nous allons le faire, au programme professionnel, tout ce qui ne nous paraît pas absolument nécessaire en nous appuyant sur ce principe, que le temps, l'activité, l'habileté, les facultés d'assimilation et la capacité du cerveau enfin, étant limitées, tout ce que, dans le programme, l'on ajoute d'un côté, est aux dépens d'une autre partie, qu'il faut donc que le futur dentiste ne soit obligé à s'assimiler que ce qui lui est absolument nécessaire; libre à ceux à qui le temps, l'activité et la fortune le permettent, de faire plus.

Enseignement Professionnel

Nous avons dit que l'enseignement professionnel devait comprendre un enseignement pratique et un enseignement théorique. Nous montrerons plus loin que ces deux enseignements peuvent se donner simultanément et que dans ce cas une période de trois années est nécessaire pour permettre à l'étudiant de se les assimiler avec fruit. Nous allons tout d'abord reprendre en détail toutes les parties de ce programme si complexe.

Nous avons dit que l'enseignement pratique comprenait *la dentisterie opératoire* et la *prothèse dentaire*.

Dentisterie opératoire

L'enseignement de la dentisterie opératoire ne peut, à part quel-

ques leçons préliminaires, se faire que sur le malade. C'est donc un enseignement clinique.

La période de trois années d'études que nous avons fixée est loin d'être trop étendue, non que les règles et les principes de la dentisterie opératoire soient longs à énumérer, mais elle comprend de nombreux procédés, nous pourrions dire de nombreux tours de mains, que l'on n'acquiert, que l'on ne se rend familiers que par une longue pratique. Elle se compose d'opérations faciles à expliquer, mais que l'on ne fait bien qu'après les avoir vues exécuter et les avoir exécutées soi-même souvent et longtemps : Enfin le maniement des nombreux instruments qu'elle exige demande une longue habitude.

Pendant la première année, l'élève doit débuter par le nettoyage de la bouche et l'ablation du tartre. Cette opération très simple, facile à démontrer et à exécuter, sans grande complication possible, donne à l'étudiant, lorsqu'elle est souvent répétée, l habitude d'examiner la bouche et de reconnaître les dents ; elle le familiarise avec le milieu qu'il est appelé à soigner. L'étudiant continuera par la préparation de petites cavités ne demandant aucun traitement (1er et 2e degré) de faces triturantes, puis des faces latérales, et leur obturation à l'amalgame et aux divers ciments.

L'élève devra être exercé aux extractions en commençant par les dents temporaires ou les dents chancelantes des vieillards.

Il devra assister à la consultation afin de s'exercer à examiner les malades et prendre l'habitude de reconnaître les altérations dentaires et leurs diverses complications.

2e *Année.* — Pendant la 2e année, on répétera les opérations précédentes que l'on complètera par le traitement et la préparation de cavités plus importantes comme grandeur et comme gravité (2e et 3e degré), caries pénétrantes, pulpes exposées, coiffage ou destruction, obturations plus difficiles avec les divers ciments ou amalgames. Puis l'on commencera l'étude des aurifications en proportionnant la difficulté aux capacités de l'étudiant. On y préparera avec avantage l'étudiant par l'emploi de l'étain en feuille ; il continuera de même la pratique des extractions. L'élève pourra faire également quelques redressements de dents.

L'assistance à la consultation, où il s'habituera à examiner le malade et à établir le diagnostic, complètent l'enseignement pratique de la deuxième année. Nous pensons que l'usage du tour à fraiser ne devra être autorisé qu'à partir de la deuxième année. afin d'habituer l'étudiant au maniement des instruments (rugine, ciseau à émail, fraises à main, etc.).

3e *Année.* — Pendant la dernière année l'étudiant peut aborder les traitements plus difficiles, tels que ceux des caries du 3e et du 4e degré avec leurs diverses complications : traitement des canaux, obturations et aurifications compliquées ; les extractions difficiles avec ou sans anesthésie, ainsi que les divers travaux du domaine

du dentiste, tels que les dents à pivot, le travail dit à pont (bridge-work), les redressements, les restaurations buccales ou faciales, etc.

Chacune des opérations composant la dentisterie opératoire et que nous venons d'énumérer doit être répétée pendant les trois années le nombre de fois nécessaire pour qu'elles soient exécutées d'une manière irréprochable. L'étudiant doit, en un mot, après ses trois années d'études, être à même de déterminer avec précision et rapidité l'état d'une bouche qui, par suite des ravages exercés par la carie ou pour d'autre causes, se trouve dans un état anormal, et y exécuter toutes les opérations nécessaires pour sa restauration complète.

Ce programme paraîtra peut-être à première vue peu chargé. Il devient cependant difficile dans la pratique d'obtenir que pendant ses trois années, et en travaillant tous les jours trois ou quatre heures, l'étudiant ait fait un nombre de fois suffisantes pour les savoir chacune des opérations que nous venons d'énumérer.

Prothèse dentaire

Nous avons déclaré, au début de ce programme, que le futur dentiste trouverait avantage à se préparer à l'étude de la prothèse par une année de travaux pratiques, sur le bois ou les métaux ; que, de plus, il lui serait très utile de faire précéder son entrée dans une école dentaire d'une année d'apprentissage passée exclusivement dans le laboratoire d'un praticien suffisamment occupé.

Pendant cette première année, l'étudiant se familiariserait avec ce qu'exige notre art, apprendrait à connaître la prothèse et ses divers procédés et applications avec l'habitude du maniement des instruments, acquérerait une certaine habileté pratique.

La tâche de l'instructeur se trouve alors facilitée. Il est possible d'aller plus vite, et c'est utile, car pour cette partie de notre art, trois années d'études à raison de trois ou quatre heures par jour ne sont pas de trop. En effet, la prothèse dentaire est un art très complexe qui pourrait constituer à lui seul une profession spéciale s'il n'était à peu près impossible, comme nous l'avons démontré, de tracer la limite qui sépare le domaine du mécanicien de celui de l'opérateur, le domaine de la prothèse de celui de la dentisterie proprement dite. Pour l'étude de la prothèse, nous pensons qu'il y a avantage à la séparer du travail sur le malade et, à part un certain nombre d'exercices déterminés, à en faire un travail de laboratoire. Nous conseillons même d'adopter pour cet enseignement une série de modèles types contenant les difficultés que l'on peut rencontrer en prothèse et sur lesquels sont exécutés d'avance des appareils *modèles* que l'étudiant copie en passant graduellement du simple au composé (1).

(1) C'est ce procédé que nous avons proposé à l'Ecole dentaire de Paris et qui est adopté depuis 1885 pour l'enseignement de la prothèse.

1[re] *Année.* — Exercer l'étudiant au maniement des divers instruments et à la connaissance des caractères distinctifs des dents en lui faisant sculpter sur le bois ou l'ivoire une série de dents naturelles. Continuer par l'étude des appareils prothétiques sur caoutchouc vulcanisé en suivant une série de pièces d'une, de deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit, neuf et dix dents; pratiquer de même pour l'étude des appareils prothétiques sur celluloïd.

Ceci doit constituer le programme de la première année. Il est certain que le nombre des appareils peut être augmenté ou diminué suivant le temps dont on dispose.

L'étudiant apprend ainsi à connaître et à ajuster les dents, à les placer, à construire, à bourrer, et à réparer les appareils. Il prend ses modèles sur les modèles types qui doivent être en métal pour ne pas s'altérer, puis les coule, les répare, etc.

2° *Année.* — La deuxième année est consacrée à l'étude du travail des métaux. Au début, la construction d'une série de dents à pivot suivant les divers procédés, puis une série d'appareils sur métal de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 dents; enfin une même série d'appareils du métal combiné avec le caoutchouc ou le celluloïd.

Cette année peut comprendre également la construction d'une série d'appareils types employés pour les redressements. Comme on le voit, pendant la deuxième année l'étudiant apprend à mouler, à estamper, à souder, etc.

3° *Année.* — La troisième année peut être consacrée à l'étude des appareils prothétiques à succion, des dentiers complets montés sur les différentes matières employées en art dentaire.

L'étudiant pourra s'exercer au travail de la gencive continue (Continous Gum) et enfin terminer son enseignement par la construction de quelques appareils types de restaurations buccales ou faciales.

Ce programme d'enseignement de laboratoire qui contient sommairement l'ensemble de la prothèse pourra être combiné à certaines périodes, à la fin de chaque nouvelle série, avec l'enseignement clinique, de façon à montrer à l'étudiant la partie de la prothèse qui s'exécute sur le malade, telle que la prise des empreintes, l'articulation, l'essayage et la pose de l'appareil qu'il vient d'apprendre à construire (1.)

ENSEIGNEMENT THÉORIQUE

Nous conservons pour l'enseignement théorique la division en trois années.

Nous avons vu précédemment qu'il devait comprendre :

1° *Les sciences accessoires* ; 2° *Les sciences médicales* ; 3° *Les sciences appliquées.*

Voir l'*Odontologie*. N° d'Août 1887. Page 362.

Première Année. — SCIENCES ACCESSOIRES

On entend généralement par sciences accessoires la physique, la mécanique, la chimie, l'histoire naturelle.

Chacune de ces sciences concourt à former l'art dentaire, qui en comprend de nombreuses applications.

Elles sont utiles à connaître pour le dentiste; cependant elles ne le sont pas au même point de vue que pour le médecin ou le pharmacien.

Le programme devra être établi en vue de faciliter l'explication des nombreuses applications. Ainsi, en physique, on étudiera les applications si nombreuses au point de vue de l'hydrostatique, de la chaleur, de l'électricité, de l'acoustique; en chimie, les diverses manipulations de cabinet et de laboratoire; en histoire naturelle, les différences du système dentaire dans le règne animal, au point de vue de son développement et de sa durée, pour la zoologie, et, pour la botanique, les plantes qui ont des applications en thérapeutique ou en prothèse dentaire; en mécanique, les divers appareils pourront être étudiés dans les mêmes conditions.

Nous avons réclamé de notre candidat une certaine connaissance préléminaire des ces sciences; on peut donc, dans la première année de cet enseignement strictement technique, en restreindre l'étude en vue des applications.

Deuxième année. — SCIENCES MÉDICALES

Cette partie du programme est très importante. C'est la véritable introduction à l'étude de l'art dentaire. Là encore, le dentiste va étudier des sciences qu'il ne lui est pas absolument nécessaire d'approfondir, mais qu'il doit connaître pour comprendre et retenir l'enseignement spécial, pour en saisir les applications.

Mais pour cela, faut-il qu'il passe plusieurs années à les étudier. Ce n'est pas notre avis. L'étude de l'anatomie du pied ou de l'appareil génito-urinaire, des fièvres ou des accouchements, ne paraissent devoir lui être bien nécessaire. En cela nous sommes d'accord avec Paul Bert (1).

Il nous paraît plus logique de faire un choix et, dans ces sciences vastes et qui suffisent pour faire la seule occupation d'un savant, nous croyons que l'on peut faire la part de ce qui est nécessaire au dentiste et que, par exemple, un cours d'une heure par semaine, pendant une année, peut permettre de donner au dentiste des notions suffisantes sur chacune des sciences médicales.

Notre programme de deuxième année comprend donc un cours sur l'anatomie et la physiologie générales, la pathologie générale, la thérapeutique, la matière médicale.

---

(1) Voir compte-rendu de la cinquième séance annuelle de réouverture des cours de l'École dentaire de Paris. 30 octobre 1884. *Odontologie*, numéro de novembre 1884 — Discours du professeur Paul Bert.

On peut y ajouter un peu de dissection et une étude de l'histologie et du microscope.

Troisième année. — Sciences appliquées

Pendant la troisième année, l'étudiant doit se consacrer à l'étude de l'odontologie proprement dite.

Ainsi, il étudiera pendant une année l'anatomie de la tête, et particulièrement du système dentaire dans ses moindres détails, la physiologie dentaire, l'histologie normale et pathologique de la dent, son embriologie, sa genèse, ses lois de formation, la pathologie spéciale de la bouche et du système dentaire, la thérapeutique et la matière médicale spéciales, ainsi que l'anesthésie.
Un cours théorique de la prothèse dentaire est également nécessaire; pourtant il s'expliquerait moins, vu la nécessité d'un enseignement pratique, si on ne l'élevait pas à une sorte de philosophie de cette branche du programme, à une étude critique et comparative des divers procédés, de leurs indications et contre indications. Dans cette dernière année enfin, la plus importante du programme théorique, l'on doit réunir toutes les applications des différentes sciences qui ont été examinées au point de vue général, et qui viennent constituer l'art ou mieux la science dentaire.

Modes d'application

Quel est le meilleur mode d'applications de ce programme?
Il est, pour notre art, plusieurs procédés d'enseignement indiqués par l'usage ou par les polémiques :

1o *L'enseignement général donné dans les écoles de médecine ;*
2o *L'enseignement neutre donné pour la partie scientifique et médicale dans une école de médecine, l'élève bifurquant après deux ou trois années, pour suivre un enseignement spécial;*
3° *L'enseignement spécial donné* :

A. — Sous la forme de *l'apprentissage, chez un dentiste exerçant*;

B. — Ou *dans une école professionnelle d'art dentaire.*

Enseignement donné dans une école de médecine

Il est certain qu'*a priori* le programme que nous venons de tracer est absolument inapplicable dans une école de médecine.
L'enseignement y est fait en vue de créer des médecins, non des dentistes, et quand même on ajouterait aux cours déjà existants un cours d'odontologie comme on l'a proposé, cela serait encore insuffisant. On réussirait tout au plus à donner aux jeunes médecins quelques notions sur l'art dentaire qui leur seraient du reste très utiles plus tard, dans leur pratique. En aucun cas, ces notions ne pourraient être suffisantes pour en faire des dentistes dans l'acception admise par ce terme, à moins qu'ils ne

complètent ces études par un apprentissage de deux ou trois années qui, ajoutées aux cinq ou six années d'études de médecine, feraient, pour être dentiste, une dizaine d'années d'études; cela nous paraît beaucoup. Nous repoussons donc absolument l'école de médecine comme école d'enseignement de l'art dentaire.

Quant au second système, il est beaucoup plus séduisant que le premier, il réunit plus de défenseurs, et parmi eux des hommes autorisés en matière d'enseignement comme M. le professeur Lefort. L'honorable directeur de l'enseignement supérieur en 1886, M. Liard, dans une visite que par nos fonctions nous avions été amené à lui faire, préconisait également cette solution. Il semble possible que le bagage scientifique nécessaire au dentiste (sciences accessoires et sciences médicales), soit pris dans le programme des écoles de médecine.

Sans l'obliger de poursuivre l'étude jusqu'au bout, à une époque déterminée, après avoir pris de cet enseignement ce qui lui est nécessaire, l'élève bifurque pour se livrer à l'étude de l'enseignement spécial. A cela nous ferons cependant deux objections qui nous paraissent très importantes.

1° Si l'on adopte cette solution, on se verra obligé de réclamer de l'étudiant dentiste, comme études préliminaires, des titres universitaires semblables à ceux de l'étudiant en médecine, c'est-à-dire des titres que l'on ne peut posséder qu'à l'âge de dix-huit ans environ, par conséquent, un minimum d'études préparatoires assez élevé pour obliger l'élève à commencer un peu tard l'apprentissage de la prothèse dentaire. 2° Les cours faits pour l'étudiant en médecine, trop étendus pour l'étudiant dentiste en anatomie, en pathologie, etc., l'obligeraient à des études qui ne lui seraient pas nécessaires, et qu'il serait obligé ou d'abandonner au milieu ou de poursuivre trop longtemps. De sorte que la partie la plus accessoire du programme, la partie théorique, se trouverait ainsi allongée sans nécessité aux dépens de la partie spéciale. Nous repoussons donc l'entrée de l'étudiant dentiste dans les écoles de médecine.

Nous demandons que, muni des études préparatoires strictement nécessaires, il aborde de suite l'enseignement spécial créé pour lui. Il peut aborder ce programme suivant deux procédés.

1° *Comme élève chez un praticien expérimenté.*

2° *Dans des écoles spéciales.*

A. — *Comme élève chez un praticien*

Cette solution, meilleure que les précédentes, est un véritable enseignement pratique; l'étudiant s'assimile vite, par la pratique,

---

(1) Voir rapport à l'Académie de médecine sur la réglementation de l'art dentaire (1881) — Voir rapport de la Chambre syndicale de l'art dentaire. — *Gazette Odontologique* (1879).

les connaissances qui lui sont absolument nécessaires, mais le programme se trouve trop réduit, l'enseignement insuffisant, car outre que le dentiste peut très bien n'exercer couramment que certaines parties de l'art dentaire, il négligera d'enseigner à son élève tout ce qui n'aura pas un caractère d'absolue nécessité pratique; de plus cet enseignement incomplet est sans méthode. Nous pouvons l'admettre comme procédé préparatoire à l'entrée dans une école spéciale ou comme complément de cet enseignement, mais non comme un procédé d'application du programme.

Il est certain cependant que tant qu'il n'y a pas eu d'école spéciale (et dans les contrées où il n'en existe pas encore), c'était le seul procédé employé et il a, pour former les praticiens, donné des résultats qui ont suffi longtemps.

B. — *Les Ecoles spéciales*

Il nous reste les écoles spéciales, professionnelles, d'application, comme on voudra les appeler, c'est-à-dire des écoles créées en vue d'apprendre une profession déterminée.

Il est certain que c'est pour celles-là que nous avons établi ce programme, c'est dans celles-là qu'il a sa raison d'être et qu'il peut être appliqué d'un façon complète. C'est là que seulement il se développera, s'étendra suivant ses besoins, qu'il sera compris, perfectionné dans ses moindres détails, toujours à la hauteur des nouvelles découvertes; en effet, c'est là qu'il peut être créé un cours de physique ou de chimie en vue de l'étude de l'art dentaire, que l'on peut restreindre l'étude de l'anatomie, de la pathologie, de la thérapeutique, à ce qui est nécessaire au futur dentiste, c'est-à-dire choisir dans ces sciences la partie que le dentiste a le plus besoin de connaître pour comprendre l'enseignement spécial, en négligeant ce qui serait superflu: en un mot réunir une somme de grandes notions générales de chacune de ces sciences pour en faire un cours à l'usage du futur dentiste. Du reste c'est ainsi qu'on l'a compris en France et dans nombre de pays à l'étranger, vu les nombreuses écoles dentaires existantes et dont les plus anciennes sont celles des Etats-Unis.

L'école dentaire se prête du reste parfaitement à l'organisation de l'enseignement tel qu'il est indiqué dans notre programme de l'enseignement théorique et pratique.

Pour l'enseignement théorique il faut des cours sur les différentes matières du programme; pour l'enseignement pratique de la dentisterie opératoire, l'organisation d'une clinique est nécessaire, car il faut des malades pour apprendre à opérer; et pour l'enseignement pratique de la prothèse, il faut un laboratoire complété d'une clinique de prothèse.

Quel doit être la durée de l'enseignement ?

Nombre d'écoles, les Américaines surtout, ont adopté deux années de cours et, comme chaque année scolaire est de cinq mois, il

s'ensuit qu'en dix mois on devient dentiste (D. D. S.), lesquels dix mois on pouvait même pendant longtemps faire en une seule année. Nous considérons ce temps comme beaucoup trop court.

Trois années scolaires nous paraissent nécessaires pour permettre à l'étudiant de s'assimiler méthodiquement le programme que nous avons tracé.

En France, avant la création des écoles, trois années d'apprentissage *au moins* étaient demandées par tous les praticiens à un jeune homme pour lui enseigner la prothèse, et nous savons que ce n'était pas de trop. Pour enseigner l'art dentaire en entier, dentisterie opératoire et prothèse, ces trois années sont bien nécessaires.

C'est ce qu'ont pensé les fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris. Après avoir fixé à deux ans la durée des études, ils l'ont augmentée d'une année.

C'est ce que nous serions heureux de voir faire à toutes les autres écoles dentaires.

Quel doit être la situation de cet enseignement ? Doit-il être libre ou dirigé par l'Etat ?

L'Etat possède pour créer et diriger ses différentes institutions en général, et l'enseignement en particulier, un grand pouvoir et de puissantes ressources. Il peut mettre, à la disposition des savants, de grands monuments, de vastes laboratoires et, pour nombre de sciences et d'arts, il en est ainsi.

Mais pour un art comme le nôtre, dont l'utilité ou la nécessité est plus contestée, nous pensons que l'Etat, tiraillé par ses nombreux et différents besoins, ferait moins pour cet enseignement, qui risquerait fort d'être toujours sacrifié au profit des autres sciences : la médecine, le droit, par exemple. La place au banquet scientifique de l'Etat serait pour lui la plus petite, sa part bien restreinte.

Aussi nous pensons que notre profession a tout avantage à ce que les écoles destinées à donner l'enseignement de l'art dentaire soient libres, créées par l'initiative privée des dentistes ou des associations dentaires et qu'elles se contentent de recevoir de l'Etat son appui, son patronage, sa surveillance même ; ainsi obligées perpétuellement à la lutte pour la vie, elles iront en se perfectionnant, feront progresser l'art, fourniront des générations instruites, de véritables praticiens, en restant toujours à la hauteur du progrès et de leur mission.

Le programme que nous avons exposé là est, à part quelques détails, celui adopté depuis huit ans par l'Ecole dentaire de Paris, et que nous avons contribué à constituer par notre projet de fondation d'une école dentaire et par la série de modifications que, avec nos collègues, nous avons employé nos efforts à y faire apporter par la pratique chaque année. Nous avons voulu, en présentant ce programme au Congrès, défendre les idées qui consis-

tent à considérer l'art dentaire comme une profession spéciale, parce que nous sommes persuadés, comme la majorité de nos confrères français et américains, que c'est à cette voie, qu'elle a suivie en Amérique et que nous avons depuis adoptée en France, qu'elle doit depuis quarante ans son développement vraiment prodigieux et que son avenir est dans sa persistance dans cette voie.

CONCLUSIONS

Projet de Vœu

La 17e section du Congrès médical international, réuni à Washington le 5 septembre 1887, émet le vœu que les gouvernements ou les sociétés scientifiques amenés à s'occuper de l'exercice ou de l'enseignement de l'art dentaire prennent en considération les propositions suivantes :

Définition de l'art dentaire

1° L'art dentaire peut être considéré comme ayant pour but la surveillance, la conservation et la restauration du système dentaire, afin de lui permettre toujours de remplir de la façon la plus normale son rôle physiologique.

Rôle du dentiste

2° Le rôle du dentiste consiste donc :

1° A soigner, à l'aide d'une thérapeutique spéciale, les différentes affections dentaires ;

2° A restaurer, par des procédés mécaniques, les altérations ou destructions partielles ou totales des dents (dentisterie opératoire), les altérations ou destructions partielles ou totales du système dentaire (prothèse dentaire) ;

3° A soigner les complications de voisinage que peuvent déterminer les affections dentaires, pourvu qu'elles n'affectent pas un caractère spécial de gravité (c'est-à-dire que la disparition de la cause qui les a provoquées et un traitement local soient suffisants pour en amener la guérison).

Caractère distinct de l'art médical

3° Ce rôle crée au dentiste une situation spéciale qui tient du médecin, du thérapeute et de l'artiste et fait de l'art dentaire une profession distincte des autres, de l'art médical particulièrement, au moins quant aux conditions de son exercice ou de son enseignement.

Exercice

4° Dans les pays où l'Etat croit nécessaire de réglementer les conditions d'exercice de cette profession, cette réglementation doit se faire sous un titre et par des règlements spéciaux, différant, par

conséquent, quant aux garanties exigées, de ceux qui régissent l'exercice de la médecine générale.

Enseignement

5° Pour être apte à remplir son rôle, le dentiste doit posséder :

1° Une instruction préliminaire et des aptitudes spéciales ;

2° Une instruction professionnelle faite d'après un programme d'enseignement spécial à cette profession.

Instruction préliminaire — Programme

6° Le programme de l'instruction préliminaire doit être assez étendu pour permettre à l'étudiant de comprendre et de s'assimiler facilement l'enseignement spécial, mais il ne doit pas l'être assez pour l'empêcher de commencer de bonne heure l'étude pratique de la prothèse dentaire, par laquelle il est bon de débuter dans la profession pour acquérir et développer l'habileté manuelle si nécessaire à sa pratique.

En conséquence, l'instruction préparatoire doit être celle que l'on peut acquérir en suivant dans les conditions ordinaires jusqu'à seize ans, par exemple, les cours d'un collège ou d'un lycée, et comprendre :

La connaissance de la langue nationale, de l'arithmétique, de la géométrie, de l'algèbre, de l'histoire, de la géographie, des notions de physique de chimie, de mécanique, d'histoire naturelle; un peu de dessin et quelques notions pratiques du travail des métaux. La connaissance du grec et du latin n'est pas nécessaire et peut être avantageusement remplacée par celle d'une ou de deux langues vivantes les plus répandues, le français, l'anglais, ou l'allemand par exemple.

Instruction professionnelle. — Programme :

7° Le programme de l'instruction professionnelle doit consister en :

1° Un enseignement pratique comprenant :

La dentisterie opératoire : (enseignement clinique)	Traitement des différentes affections dentaires (conservations, extractions, etc.) Restaurations des destructions partielles ou totales des dents (obturations, aurifications, etc.)

2° Des exercices graduels et quotidiens de 2 à 3 heures, sur :

La prothèse dentaire : (enseignement de laboratoire).	Restauration partielle ou totale du système dentaire. (Appareils prothétiques de dents artificielles, de redressements, etc.)

3° Un enseignement théorique comprenant des conférences de 1 h. à 2 h. par semaine pour chaque cours, sur :

1° Les sciences accessoires (1re année) :
- Physique.
- Mécanique.
- Chimie.
- Histoire naturelle.

2° Les sciences médicales (2me année) :
- Anatomie (dissection).
- Physiologie.
- Pathologie.
- Thérapeutique et matière médicale.

3° Les sciences appliquées (3e année) :
- Anatomie et Physiologie dentaires (humaines et comparées). Histologie dentaire.
- Pathologie spéciale : 1° Maladies de la bouche ; 2° Affections dentaires.
- Thérapeutique spéciale : 1° Traitement et obsturations ; 2° Anesthésie.
- Prothèse dentaire.
- Déontologie professionnelle.

Durée des études

8° L'étude de ce programme demande, pour être assimilé avec fruit, un minimun de trois années.

Ecoles professionnelles

9° Des écoles professionnelles créées en vue de l'enseignement exclusif de l'art dentaire sont préférables pour l'application de ce programme aux écoles de médecine ou à l'apprentissage ou stage chez les praticiens.

Stage chez les praticiens

10° L'apprentissage ou stage chez le praticien ne pourrait être utile que comme préparation à l'entrée de l'école. Dans ce cas, il pourrait être fixé à un ou deux ans et consacré exclusivement à l'étude, au laboratoire, de la prothèse.

Conditions de création et de direction des écoles dentaires

11° Il y a avantage pour les progrès de l'odontologie en général et de son enseignement en particulier à ce que la création des écoles dentaires, ou au moins leur direction, soit laissée à l'initiative privée des groupes corporatifs de dentistes, l'Etat se contentant d'exercer sa surveillance, son contrôle, ou de donner son patronage ou sa subvention.

REVUE DE L'ÉTRANGER

L'APPROCHE, L'EXPOSITION ET LA DÉVITALISATION DE LA PULPE DENTAIRE (1)

Par W.-H. TRUEMAN

Le titre de notre communication indique les phases successives des affections pulpaires rencontrées habituellement pour arrêter la carie dentaire et rendre les dents qui en sont atteintes à leur fonction.

Toutes les cavités cariées ne sont pas également sensibles ; la sensation n'est pas non plus proportionnée à la profondeur des caries. Cela rend nécessaire un discernement exercé pour diagnostiquer entre l'approche d'une pulpe vivante et un état qui causera fréquemment, pendant la préparation, une douleur aigue difficile à distinguer par le patient de celle causée par l'exposition. La profondeur de la cavité, si elle est seulement légère, ou si sa position est telle qu'on puisse raisonnablement s'attendre à ce qu'il existe une épaisseur considérable entre elle et la chambre pulpaire, indique complètement que l'organe central n'est pas directement compromis, mais n'en est point une preuve absolue. On doit toujours avoir dans l'esprit le volume proportionnel de la pulpe qui est plus grand dans la jeunesse, la possibilité qu'elle occupe une position anormale et aussi qu'il peut exister une prolongation du tissu pulpaire s'étendant vers la périphérie, bien au delà des limites habituelles de cet organe. Il y a aussi un autre état, plus fréquemment rencontré dans la jeunesse et dans les dents d'une structure défectueuse, qui mérite considération. Sans entrer dans les détails du développement de la dent, et peut-être si nous acceptons les enseignements des dernières recherches, en sacrifiant, jusqu'à un certain point, à l'exactitude scientifique, nous pouvons dire que pendant cette période de développement, généralement connue sous le nom de calcification, il est tout à fait possible que certaines portions de la dent, ordinairement quelque peu limitées en étendue et en ligne avec les capillaires de la dentine, aient subi un arrêt de développement.

Le Dr J.-D. White, de Philadelphie, a signalé à l'attention un état presque analogue à celui-ci dans un article publié par la *Dental News Letter*, du mois d'avril 1857 (vol. X, page 197), dans lequel il parle de la sensation particulière, connue sous le nom d'*agacement des dents*, produites par des sons aigus, un grince-

(1) La maison WHITE ayant bien voulu mettre les clichés de cet article à notre disposition, nous le reproduisons.

ment ou quand on mange un fruit acide, etc. Il s'occupe spécialement des incisives et, ce faisant, il se réfère plutôt à un fait de clinique qu'il a observé qu'à la marche du développement des dents ; il appelle l'attention sur la ligne qu'on voit ordinairement s'étendre longitudinalement d'environ le milieu de sa largeur sur le bord tranchant des dents antérieures, après qu'elles sont devenues un peu usées. « Elles paraissent être composées, dit-il, d'une plaque antérieure et d'une postérieure, ou de deux demi-plaques, comme une coquille d'huître, la ligne de jonction étant plus ou moins ouverte, suivant la nature de la dent. Puis, en en examinant le bord tranchant d'une dent, on peut apercevoir une faible ligne dès qu'elle sort de la gencive, comme s'il y avait une fente s'etendant d'un côté de la dent à l'autre, fente qui devient plus distincte quand la dent est soumise à une friction.



Fig. 1

Le dessin ci-joint (fig. 1) montre la fissure * (A) au travers de

(*) Cette fissure n'est pas un espace libre ; elle est remplie de tissu conjonctif ou incalcifié.

l'émail et aussi la fissure se continuant (B) au travers du corps de la dent jusqu'au collet. Cette section a été faite longitudinalement dans une dent de devant suivant une direction antéro-postérieure et en dehors de la cavité pulpaire, pour montrer qu'elle existe au travers de tout le corps de la dent jusqu'au collet, ou jusqu'à la gencive, et pas seulement sur le devant de la cavité pulpaire ; mais elle est plus ouverte du côté opposé à la cavité. » Il cite plusieurs cas de sensibilité extrême le long de cette ligne, dans des dents saines d'ailleurs. Il attribue cela à une ligne de tissu imparfaitement calcifié qu'il appelle *moelle* pour la commodité.

En creusant des cavités sur les faces proximales des incisives, j'ai fréquemment rencontré une ligne de tissu extrêmement sensible occupant la position indiquée par le Dr J. D. White, le tissu qui est de l'autre côté ne présentant pas cette particularité. Dans un assez grand nombre de ces cas, j'ai vu la pulpe mourir quelques années après l'exécution de l'opération. Dans la plupart des cas, excepté pendant les quelques jours suivant immédiatement l'opération, le patient n'a éprouvé de douleur à aucun moment, et les dents n'ont été à aucun moment intolérantes aux changements de température. Dans plusieurs cas, je me souviens que les opérations insignifiantes et l'opération subséquente de l'enlèvement de la pulpe dévitalisée a fait voir suffisamment de tissu sain en apparence pour protéger complètement la pulpe. Bien entendu, il est possible que la mort de la pulpe puisse avoir eté causée par traumatisme, qui n'a attiré sur le moment que peu d'attention et qui a été tout à fait oublié par la suite. Elle peut aussi être résultée d'un froid, d'un état pathologique ou de toute autre cause semblable ; mais depuis que j'en ai fait l'observation et que j'ai adopté, en pareil cas, l'habitude de protéger ce tissu sensible par un ciment rigide, généralement à l'oxychlorure de zinc, la mort de la pulpe s'est produite beaucoup moins souvent. La carie observée parfois sur les bords tranchants des incisives pénétrant profondément dans leur substance et, à moins qu'elle ne soit longtemps négligée, se bornant à une ligne étroite, parallele au bord tranchant de la dent, est une autre preuve de l'existence possible de défauts congénitaux, tels que ceux indiqués par le Dr White. Des défauts semblables, peut-être moins fréquents mais tout aussi prononcés, se trouvent aussi souvent en connexion avec les fissures des molaires et des bicuspidées.

Entre cet état et la dentine sensible, la différence est tout à fait marquée. La dentine sensible s'observe sur un espace considérable des parois de la cavité ; elle est indolore sous une simple pression ; rarement, à la vérité, elle donne naissance à une complication pulpaire.

Le tissu défectueux dont nous parlons est douloureux autant à la pression qu'à l'excision ; cela sur un point ou une ligne étroite

indiquant ordinairement à l'opérateur et au patient l'exposition de l'organe.

En traitant des cavités qui pénètrent profondément dans le tissu dentaire — plus que le ne font celles que nous venons d'étudier — les précautions deviennent impérieuses, et le danger d'empiéter sur la région pulpaire augmente rapidement. La molaire et la bicuspidée, représentées sectionnellement dans les figures 2 et 5, font voir des positions anormales de la pulpe qui se rencontrent plus fréquemment dans la jeunesse. Dans la molaire, nous remarquons en ▪ une corne ou prolongation du tissu pulpaire s'étendant bien au delà des limites naturelles de cet organe. Cette dent a une cavité étendue de la couronne.


Fig. 2


Fig. 3


Fig. 4

Fig. 2. — Section d'une molaire, montrant en ▪ une extension de la pulpe.

Fig. 3. — Section d'une latérale, avec carie sur chaque côté, mais n'exposant pas la pulpe.

Fig. 4. — Section d'une cuspide, avec carie sur chaque côté, mais n'exposant pas la pulpe.

Sa partie la plus profonde est occupée par une dentine altérée, qui, si elle est enlevée, mettra la pulpe à découvert, et si on la respecte, en excavant soigneusement et habilement, on n'en aura pas moins une faible protection pour l'organe qui se trouvera dans le voisinage immédiat de la matière obturatrice, et il est douteux qu'il survive longtemps. La biscupidée reproduite par la figure 5 est parfaitement saine et a servi ainsi pour plusieurs années. Sa couronne est cunéiforme, les racines cylindriques sont séparées vers l'apex par une mince couche de dentine. La contraction visible au collet est montrée plus clairement par la figure 6, qui représente une section d'une bicuspidée de forme semblable. La pulpe, à son entrée dans la couronne, est déviée d'un côté et est située de telle façon qu'une cavité, comparativement légère, sur une partie de la couronne ou sur la face proximale vers laquelle la pulpe se présente, l'exposerait inévitablement. Je ne doute pas que cette dent ne fût perdue en raison de la position anormale de sa pulpe.

Ces deux exemples peuvent être pris comme types d'un état qui, quoique rare, se rencontre cependant parfois. Le fait qu'il est comparativement rare lui donne une plus grande importance. Une sensibilité notable, limitée à une portion des parois de la cavité, suggérera toujours la possibilité de quelque situation anormale.

En traitant des cas semblables, je préfère d'abord imbiber la cavité de créosote, que je laisse séjourner pendant quelques minutes, puis la remplir totalement ou seulement partiellement d'un ciment de zinc, de préférence à l'oxychlorure. La douleur résultant de cette introduction est de beaucoup modérée en plaçant d'abord dans la cavité une portion de la poudre sèche. Très fréquemment, après qu'une semblable substance obturante est restée de six mois à un an, la sensibilité a disparu. Je préfère, en obturant à nouveau si possible, ne pas déranger la portion qui couvre les tissus sensibles, mais bien préparer et obturer définitivement la cavité sans l'enlever.

L'approche et l'exposition déclarée de la pulpe comportent des conditions si singulièrement semblables, que je propose de les considérer ensemble et, en agissant ainsi, je traiterai plus longuement la question de la dévitalisation et de la conservation que les moyens par lesquels l'un et l'autre de ces buts sont atteints. Dans l'un et l'autre cas, la possibilité ou la probabilité d'introduire la matière obturatrice, sans produire une excitation sérieuse de l'organe, ne m'a pas semblé être la question la plus capitale. Avec des soins ordinaires et à l'aide des procédés maintenant généralement employés, elle s'est rapidement accompli dans la plupart des cas. La véritable question m'a semblé être celle-ci : Peut-on, en agissant ainsi, assurer le meilleur résultat ?

La valeur relative d'une dent vivante et d'une dent dévitalisée, je ne la mets pas en question. Toutes choses égales d'ailleurs, malgré les succès plus grands, possibles maintenant en traitant des dents dévitalisées, la valeur plus grande d'une dent normale, dans ses relations avec le système général, sur une autre dont la relation est aussi profondément troublée que l'est une dent dont la pulpe a été enlevée, n'est pas contestable. En cela, comme en maintes opérations chirurgicales et dentaires, il faut transiger entre ce qui est possible et ce qui est praticable, et adopter la marche qui promet le plus grand avantage.

Dans des cas où la cavité est favorablement située, et où on peut être assuré que la pulpe n'a éprouvé aucun dommage sérieux du voisinage rapproché de la carie ou des conditions pathologiques qui lui sont associées, dévitaliser est criminel. D'un autre côté, quand la cavité est d'un accès difficile ou quand on a raison de douter de la condition actuelle de la pulpe, je ne pense pas qu'on ait raison de la traiter autrement. Indépendamment de l'état des dents ; du reste, il y a maintes considérations auxquelles il faut avoir égard. Le meilleur traitement pour un patient toujours à portée peut être le plus mauvais pour un autre qui ne séjourne pas.

L'état de la santé et des dents, la position et la profession du patient, sont des facteurs qu'il faut toujours considérer. Les latérales et les cuspidées, représentées dans les figures 3 et 4, sont des cas où il serait tout à fait possible, avec des précautions ordinai-

res, d'obturer les cavités sur l'une et l'autre face proximale sans dévitaliser la pulpe, et pourtant ce serait une pratique très contestable. Toutes les deux sont des dents qui ont été négligées pendant longtemps ; le mode de traitement le plus soigneusement imaginé qui pourrait être adopté amènerait nécessairement dans le voisinage de la pulpe, déjà disposée pathologiquement, une large surface de matière étrangère plus ou moins irritante. Si une obturation métallique est introduite, des changements de température peuvent prouver l'influence perturbatrice ; si, pour éviter cela, on introduit d'abord de la gutta-percha, la pression produite par son application ou celle qui peut être exercée après que l'opération est terminée et qui est causée par des changements dans sa forme ou son volume, peut être également destructive. Un quelconque des ciments actuellement connus, quelque doux qu'il soit, appliqué sur une surface aussi poreuse que l'est la dentine dans le voisinage immédiat de la pulpe, peut, sans lui-même être irritant, produire une irritation prononcée. Dans tous les cas semblables où l'on juge qu'il vaut mieux tenter de conserver la pulpe, je conseillerais rigoureusement l'emploi de matières obturatrices plastiques pour les quatre ou cinq premières années, les renouvelant aussi souvent que cela serait nécessaire, en n'oubliant pas toutefois que, même après l'écoulement de ce laps de temps, l'enlèvement total de la matière obturatrice et son replacement rendent la vie de la pulpe aussi incertaine qu'elle l'était tout d'abord. Quand on obture définitivement, il faut, en conséquence, en enlever juste assez pour assurer la ferme rétention de la portion extérieure.

Magitot, dans son traité sur la carie dentaire, décrit et représente remarquablement les progrès de la carie et la manière dont elle cause des complications pulpaires. Nous avons copié et inséré ici la planche (1) montrant les changements produits d'abord dans

---

(1) *Explication de la planche.* — Fig. 1. Section verticale d'une molaire inférieure d'une personne âgée de 25 ans. Diamètres grossis cinq fois, *a*, *a*, émail; *b*, ivoire ; *c*, cavité de la pulpe ; *d*, *d*, *d*, fissures congénitales de l'émail dans lequel la carie a commencé ; *e*, *e*, *e*, première esquisse de la zone blanche, ou cône de résistance, produite par l'oblitération des canalicules.

Fig. 2. Section verticale d'une première molaire inférieure d'une personne âgée de 20 ans. Diamètres grossis cinq fois *a*, émail; *b* ivoire ; *c*, cavité pulpaire ; *d*, fente de l'émail où la carie a commencé ; *e*, commencement de l'envahissement de l'ivoire par la carie, entouré par une ligne isolante.

Fig. 3. Section verticale de la couronne de la première molaire d'un adulte. Diamètres grossis cinq fois *a*, émail ; *b*, ivoire ; *c*, cavité de la pulpe ; *d*, caries presque cylindriques de l'émail avec une très petite pointe persistante au centre ; *e*, cône résistant non encore arrivé à la cavité pulpaire.

Fig. 4. Section verticale de la couronne d'une seconde molaire

la dentine et finalement dans la pulpe par le rapprochement progressif de la carie. Une petite expérience pratique, en faisant et en examinant au microscope des sections de dents atteintes de carie démontrera que ces dessins sont faits d'après nature et que les phénomènes représentés ici existent réellement. Dans tous les cas, la nature fait un effort plus ou moins prononcé pour résister aux progrès de la carie. Cela se voit d'abord dans une espèce de zone blanche transparente sur la dentine au-dessous de la portion altérée de la couche d'émail et est bien représenté dans la première période immédiatement au-dessous de la cavité; — fissure, fig. 1 de la planche. Cette zone a une forme presque constante, celle d'un cône dont la base est tournée vers l'extérieur de la dent et dont la pointe au sommet est tournée vers la pulpe. Quand la carie se développe, ce cône de résistance devient de plus en plus prononcé, il atteint rapidement la pulpe où, très fréquemment, comme on peut le voir dans la fig. 6, planche, il se produit une proéminence de dentine secondaire pénétrant dans la pulpe. Cette cavité n'a pas cependant exposé la pulpe; à la vérité elle n'est pas en apparence dangereusement rapprochée; et pourtant est-il possible qu'elle puisse avoir produit un effet si marqué sur cet organe sans mettre sérieusement en danger son existence? Dans la fig. 7, planche, l'effet d'une carie rapprochant sur la pulpe est montré à un degré bien plus prononcé. Je présente cela comme un des risques inaperçus, inconnus et inimaginables qui accompagnent toujours le traitement d'une carie profondément établie, et j'espère que l'examen de ces dessins vous amènera à vous procurer et à lire l'ouvrage dans lequel ils ont été copiés. Vous trouverez que c'est un livre instructif et qui mérite d'être lu.

---

supérieure d'une personne âgée de 20 ans environ. Diamètres grossis cinq fois, *a*, émail; *b*, ivoire; *c*, cavité de la pulpe; *d*, vaste creux dans la face triturante, *e*, cône de résistance atteignant la cavité de la pulpe sur une surface considérable mais sans présenter d'autre apparence de dentine secondaire.

Fig. 5. Section verticale d'une première molaire supérieure. Diamètres grossis cinq fois, *a*, émail; *b*, ivoire; *c*, cavité de la pulpe; *d*, carie superficielle de l'émail; *e*, cône de résistance n'atteignant pas encore la surface externe mais atteignant la cavité pulpaire.

Fig. 6. Section verticale de la couronne d'une bicuspidée supérieure d'un adulte. Diamètres grossis cinq fois, *a*, émail; *b*, ivoire; *c*, cavité de la pulpe; *d*, cavité latérale qui a entièrement détruit la couche d'émail et envahi le cône de résistance. Le sommet de ce cône sur la cavité pulpaire se présente en *e*, proéminence arrondie formée d'une dentine secondair avec retrait proportionné de la pulpe.

Fig. 7. Section verticale de la couronne d'une bicuspidée supérieure. Diamètres grossis cinq fois, *a*, émail; *b*, ivoire; *c*, cavité de la pulpe; *d*, carie latérale qui a envahi l'ivoire et atteint le cône de résistance; *e*, petite portion d'une dentine secondaire formée par la pulpe et s'avançant dans la cavité pulpaire (*Journal d'anatomie et de physiologie*).

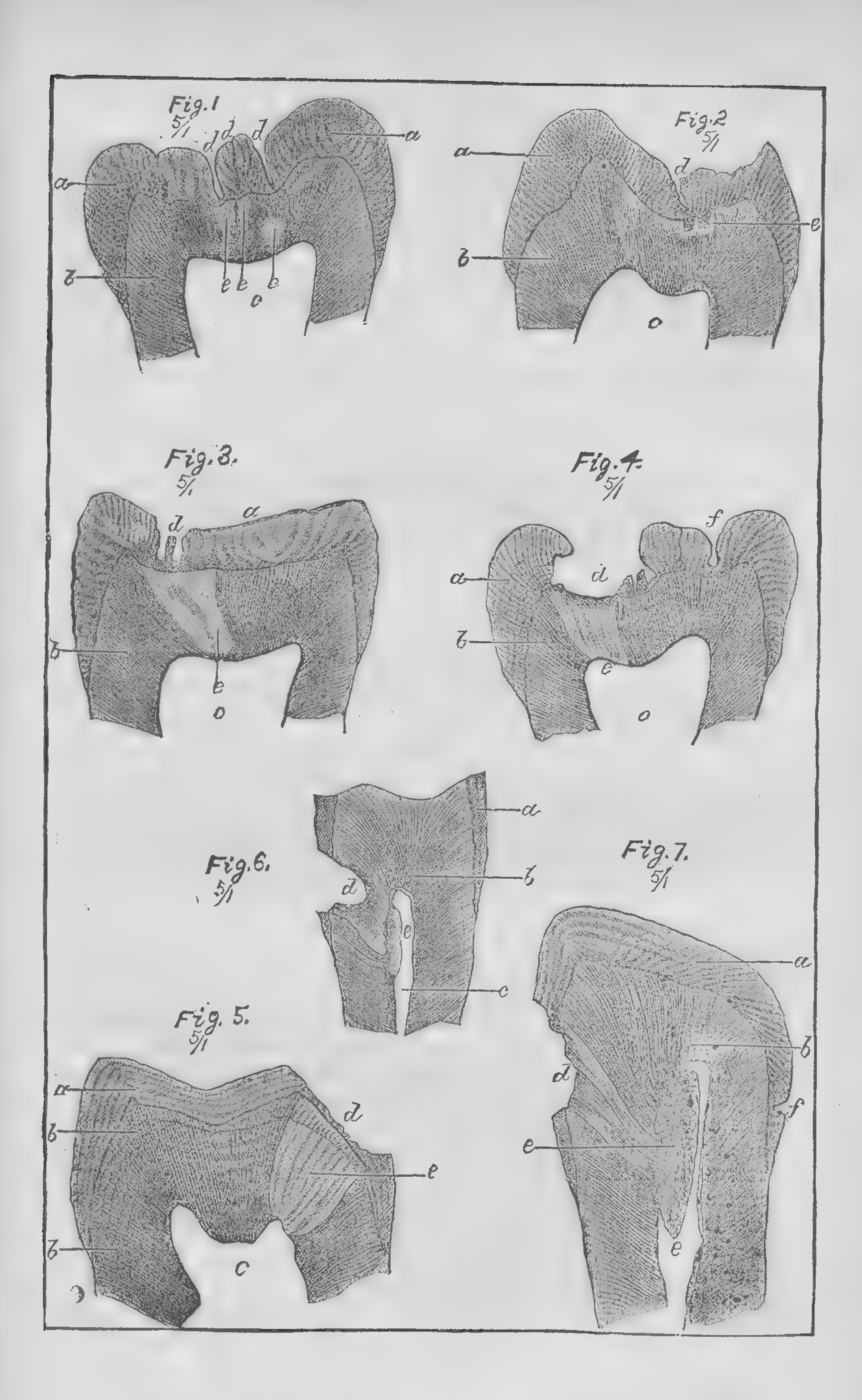


Fig. 1
5/1
Fig. 2
5/1
Fig. 3.
5/1
Fig. 4.
5/1
Fig. 6.
5/1
Fig. 7.
5/1
Fig. 5.
5/1

Nous avons maintenant examiné rapidement trois états qui se présentent communément compliquant la conservation de la pulpe, savoir : défauts congénitaux de structure de la dentine, positions anormales de la pulpe et irritation de la pulpe due à la présence de la carie. L'existence de ces conditions, chacune d'elles étant également sujette à réduire à néant les meilleurs efforts d'un opérateur habile et soigneux ; combien — peu ou beaucoup — elles peuvent avoir compromis le bon état de la pulpe, ce sont là choses extraordinairement difficiles à prévoir. Un jugement bien formé et une surveillance constante peuvent diminuer le risque ; une manipulation délicate et des moyens employés avec soin peuvent accomplir des merveilles, mais ne peuvent pas écarter de l'opération connue sous le nom de *coiffage de la pulpe* l'incertitude qui l'accompagne actuellement et l'accompagnera peut-être toujours.

Je vais maintenant considérer ces cas où, en décidant si on doit dévitaliser ou protéger la pulpe, la permanence et l'utilité de l'obturation sont la cause plus immédiate d'intérêt. En préparant une cavité, le premier point et le plus important est de conserver saine et intacte la structure des dents pour les portions qui touchent à ses parois et spécialement cette portion qui forme son orifice immédiat ou, la ligne exposée de jonction entre la structure des dents et la substance de la matière obturante. La facilité ou la difficulté d'obtenir ce résultat, autant qu'une pulpe vivante l'affecte, dépend beaucoup de la position de la cavité. Le maximum de difficulté est atteint peut être dans les cavités proximales des dents postérieures, particulièrement de celles qui s'étendent au-dessous du bord de la gencive. Dans cette position le sens du toucher est moins apte à distinguer la dentine amollie du tissu normal de la dent qui se rencontre à cet endroit ; il est moins accessible à la vue ; ces faits et la sensibilité augmentée des tissus, la crainte d'une exposition accidentelle de la pulpe, ou, lorsque celle-ci existe, la crainte d'endommager accidentellement cet organe, peuvent, en provoquant des précautions excessives, amener un opérateur soigneux à laisser échapper une portion du tissu défectueux et cela peut ainsi provoquer un retour de la carie. Cela peut être évité et la portion exposée de la matière obturante être en contact à tous ces points avec du tissu sain et bien portant. La pulpe peut être exempte de la plus légère lésion et cependant, dans une bicuspidée d'une forme comme celle qui est représentée par la fig. 5, il y a bien peu d'espace entre la pulpe et la limite externe du collet de la dent sur laquelle il faut amener la portion cervicale de la matière obturante ainsi que le montre une section dans la fig. 6 ; il y en a bien peu en effet, s'il est jugé nécessaire de placer un non-conducteur chaud ou un coiffage de la pulpe entre la matière obturante, et la pulpe. Quand la grosseur et la forme de la dent sont normales, comme le montrent les fig. 7 et 8, cela est de beaucoup plus praticable ; mais l'expérience démontre

que les insuccès dans ces cas se rencontrent fréquemment. Dans tous les cas semblables, à moins que la cavité ne soit si couverte qu'une obturation à la gutta-percha ne dure un temps raisonnable, je préférerais de beaucoup la dévitalisation, sentant que la sécurité plus grande dans l'obturation compense pleinement le dommage causé ainsi à la dent, je n'oublie pas qu'une matière obturatrice peut souvent être sûrement retenue sans reposer à un haut degré sur le bord cervical ; je n'oublie pas non plus avec quelle rapidité une carie inaperçue revenant à ce point peut amener la dévitalisation de la pulpe avec un dommage infiniment plus grand pour la dent que si elle avait eu lieu avant que l'obturation fût effectuée.

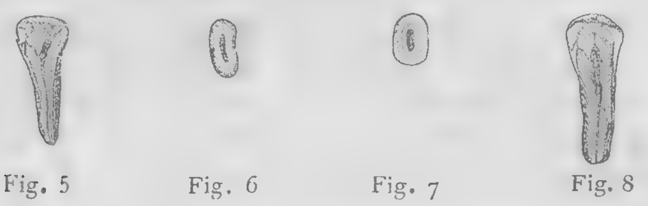


Fig. 5. — Section d'une biscuspide irrégulière, la pulpe occupant une position anormale.
Fig. 6. — Section de la même près de la gencive.
Fig. 7 et 8. — Section d'une biscuspide normale comme volume et forme.

Les cavités des couronnes sont si accessibles et le retour de la carie, quand la matière obturante a été introduite même avec un soin et une habileté médiocres, si rare, si immédiatement et si facilement découvert, que je n'y fais pas allusion en ce moment. Je ne parle pas non plus des cavités dans d'autres positions à peu près également accessibles et, à d'autres égards, seulement un peu moins favorables à des résultats constamment heureux. Le point que je désire toucher et traiter à fond est celui-ci, à savoir que, en considérant l'utilité du traitement conservateur de la pulpe, la position de la cavité est une matière de tout autant d'importance que le sont les conditions pathologiques qu'elle comporte et, en outre, qu'un coiffage heureux de la pulpe ne prouve pas toujours une heureuse opération qui sauve la dent. Toutes les méthodes que nous avons vu recommander pour protéger la pulpe ou la coiffer, dans des cas d'approche ou d'exposition effective, nécessitent l'obturation — dans laquelle elles consistent d'ailleurs — de cette portion de la cavité qui est la plus rapprochée de la pulpe avec une matière qui n'est que de peu d'utilité par elle-même et indépendante de la protection que lui accorde la large partie extérieure de la substance obturante en résistant aux agents destructeurs qui ont causé la carie. Si pour une cause quelconque le coiffage est privé de la protection que lui offre la substance obturante, il est rapidement enlevé et cesse tout d'un coup de protéger contre un retour de la carie cette portion de la cavité

qu'il occupait. Considérez, par exemple, une cavité proximale dans une bicuspidée où l'exposition de la pulpe existe ; supposez qu'elle soit coiffée d'une pâte d'oxyde de zinc et de créosote qui, à son tour, est maintenue en place par un ciment de zinc à l'oxychlorure ou au phosphate. Ce ciment est délayé assez clair pour pouvoir être versé sur la cloison protectrice d'oxyde de zinc et de créosote sans l'endommager ; on le laisse alors durcir avant de mettre l'or, l'amalgame ou toute autre substance obturante employée pour compléter l'obturation. Combien de temps ce ciment de zinc ainsi délayé et appliqué formera-t-il une obturation durable s'il est complètement exposé aux sécrétions de la bouche? Combien de temps se conservera-t-il si, par une cause quelconque — le retour de la carie, par exemple — il devient exposé après un laps de temps d'une année ou deux à ces mêmes agents destructifs ?

Le plus léger dommage causé au bord cervical, s'il atteint ce coiffage de la pulpe non résistant, découvre aussi complètement la dent et l'expose aussi complètement à la carie qu'elle l'était avant l'introduction de la substance obturante, et cela également avec des conditions de beaucoup plus favorables à ses rapides progrès. On peut dire que la douleur résultant de la réexposition de la pulpe appellerait immédiatement l'attention sur ce fait. Cela cependant est rarement le cas en pratique. Le point d'exposition est protégé par la substance obturante aussi bien des changements de température que de la pression et, dans ces conditions, une large exposition peut exister sans attirer l'attention du patient. Chez les patients qui nous demandent des soins réguliers elle peut être bientôt découverte, mais cependant pas avant que la dévitalisation ne devienne inévitable. Dans d'autres cas l'abcès alvéolaire est habituellement la première indication d'un danger imminent.

En résumé, je ne désire pas que cette note soit considérée comme un plaidoyer en faveur de la destruction de la pulpe. La conservation de la pulpe dentaire a depuis longtemps occupé une si grande part d'attention et a donné des résultats tellement plus heureux qu'on ne s'y attendait que bien des gens en sont arrivés à la considérer comme le seul moyen convenable. La plupart de ceux qui ont écrit sur ce sujet se trompent, à mon avis, en le considérant au point de vue pathologique seulement, comme je l'ai déjà fait remarquer précédemment. Une pratique journalière a démontré que de beaucoup la plus grande proportion d'insuccès s'est rencontrée dans des cas où, pour d'autres raisons que des raisons purement pathologiques, la conservation n'aurait jamais été tentée. Je suis complètement convaincu que le succès d'un opérateur dans la conservation de la pulpe dépend beaucoup de son jugement en choisissant les cas et que sa réussite, en traitant toutes les conditions qui affectent la pulpe, dépend beaucoup plus de ses soins et de son habileté que de la méthode qu'il adopte.

Je me suis efforcé dans cette note d'appeler votre attention sur des matières qu'on n'examine pas d'ordinaire et de me tenir aussi loin que possible de la voie suivie habituellement. Avant de terminer, je désire signaler à votre attention les propriétés utiles sous ce rapport du ciment connu sous le non d'*amalgame de Sullivan*, un composé de cuivre et de mercure seulement. Il a été employé avec satisfaction pendant plusieurs années en Angleterre et dans d'autres contrées de l'Europe, mais ici, si ce n'est depuis peu, il était presque inconnu. On le fait en mélangeant du cuivre finement divisé avec du mercure. Les méthodes variées au moyen desquels on peut l'obtenir sont indiquées dans la plupart des grands ouvrages de chimie. Si on peut le trouver tout préparé, il est bien préférable de se le procurer ainsi, car le procédé de préparation est quelque peu long et l'emploi libre du mercure pendant cette préparation est tout à fait préjudiciable, particulièrement s'il se répand finement divisé sur la table de travail. La méthode qui m'a donné de beaucoup les meilleurs résultats est la suivante :

Faire d'abord une solution déliée de sulfate de cuivre — soit deux onces pour un gallon d'eau. Mettre dans cette solution un morceau de fer en feuille présentant une large surface. Si la solution est tout à fait concentrée ou la surface du fer petite, le cuivre est précipité sous la forme de granules absolument sans usage pour notre but. Dans l'espace de quelques jours, tout le cuivre est réduit à l'état d'un précipité fin coalescent. On lave alors avec soin celui-ci dans l'eau chaude et, pendant la manipulation, on le fait bouillir deux fois dans l'acide hydrochlorique pour enlever toute trace de fer. Le lavage est continué jusqu'à ce que l'eau qui en est issue montre avec le réactif chimique qu'elle ne contient plus de fer. Une feuille de zinc peut être employée pour précipiter le cuivre, mais il n'est pas prudent d'agir ainsi, car il est tout à fait difficile de débarrasser du zinc le précipité, et une trace de zinc empêcherait l'amalgame de durcir. On trouve sur le marché une préparation de cuivre pur finement pulvérisé qui satisfait remarquablement pour faire l'amalgame et évite une grande quantité d'ennuis, pourvu qu'elle soit pure. J'en ai rencontré sous la forme d'une poudre grossière et contenant évidemment du zinc et d'autres impuretés qui l'empêchent de durcir quand elle est formée en amalgame. On passe alors à l'addition du mercure. Approximativement, le cuivre se combine avec environ trois fois son poids de mercure. J'ai trouvé cependant qu'en faisant l'amalgame, le mercure doit être employé beaucoup plus largement — environ deux fois cette dose est nécessaire — l'excédant étant ensuite enlevé par la pression. Tout d'abord, dissoudre une petite quantité de mercure dans de l'acide nitrique froid dilué, en saturant complètement l'acide. Ajouter ce dernier au précipité humide de cuivre contenu dans un vase ayant la forme d'un mortier et capable de supporter l'eau chaude sans accident, en remuant avec une baguette de verre. Quand le mélange est complètement accompli,

on ajoute le reste du mercure. Triturer alors complètement le tout jusqu'à ce que la masse devienne plastique et uniforme, Pendant cette manipulation, un oxyde noir se sépare très librement. On l'enlève par un lavage fréquent à l'eau chaude et l'emploi, en cas de besoin, l'acide nitrique diluée. On continue l'opération jusqu'à ce que la trituration sous l'emploi de l'eau ne décolore pas l'eau. La masse se place alors dans une cuiller de fer, ou mieux dans un plat de porcelaine à évaporation, et on l'expose à la chaleur jusqu'à ce que toute l'humidité ait disparu. Elle doit présenter alors la forme d'une pâte molle. L'excès de mercure peut être enlevé en la comprimant dans une peau de chamois. Si elle est sous la forme d'une poudre sèche, la chaleur est continuée pendant quelques minutes, puis la masse est jetée dans un mortier et triturée complètement jusqu'à ce qu'elle devienne une pâte molle. Après que tout le mercure qui doit se séparer a été chassé par la pression, la masse est de nouveau chauffée et triturée jusqu'à ce qu'elle devienne à nouveau une pâte molle. Si un oxyde noir vient à se séparer durant la manipulation, on lave à nouveau avec de l'acide nitrique diluée comme précédemment. Une nouvelle portion de mercure est de nouveau exprimée, la masse amollie de nouveau par la chaleur, et la trituration et alors formée en petites boules environ de la grosseur d'un gros pois, et mise de côté pour durcir. Elle doit devenir complètement dure en cinq ou six heures.

Un insuccès dans le durcissement indique qu'il reste un excès de mercure. Il faut l'exprimer comme il a été antérieurement indiqué. En continuant de chauffer, de triturer et de presser, une très forte portion de mercure peut être exprimée, et l'amalgame durcit beaucoup plus rapidement; mais nous n'avons trouvé aucun avantage à l'amener dans cet état, et il est plus difficile à employer.

Pour le préparer pour l'usage, prendre une des petites boules durdies et l'exposer dans une cuiller de fer à la chaleur jusqu'à ce qu'elle *sue* du mercure; la jeter immédiatement dans un petit mortier de verre et triturer rapidement jusqu'à ce qu'elle devienne une pâte molle et lisse. On peut l'employer dans cet état ou, si on le préfère, on peut exprimer une portion du mercure en le pressant dans une peau de chamois. Tout dépend de l'usage qu'on veut en faire. Cet amalgame présente la particularité de durcir parfaitement quelle que soit la quantité de mercure qu'il contienne, sans aucune contraction ou expansion perceptible, et il devient beaucoup plus dur qu'aucun autre amalgame que j'aie employé. J'en parle ici à cause de cela, et en recommande l'emploi dans le cas où la pulpe est presque exposée. On peut l'appliquer sans pression; il conduit les changements de température à un beaucoup moindre degré qu'aucun autre composé métallique employé dans la bouche: il préserve remarquablement la dentine et, contrairement à tous les ciments de zinc, n'est en aucune façon

altéré (si ce n'est en couleur) par le contact des sécrétions buccales. Si l'amalgame habituel est placé par dessus, il faut d'abord le laisser durcir, autrement l'excès de mercure décomposerait l'alliage d'argent. La surface exposée devient habituellement brun foncé ou noire, mais, autant que j'ai pu le remarquer, elle ne semble pas décolorer la dent autant que les alliages d'argent. J'ai remarqué, depuis que je l'emploie, que la cause de la décoloration de l'amalgame est l'argent qu'il contient. Cet amalgame de cuivre mérite un essai sérieux, et je pense qu'il se montrera très avantageux.

(Dental Cosmos).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

1. Fournitures aux dentistes. — 2. Zahnarzte et D. D. S.

FOURNITURES AUX DENTISTES

L'*Union pharmaceutique* publie les lignes suivantes :

« Un de nos correspondants nous pose la question suivante : Les pharmaciens sont-ils autorisés à délivrer aux dentistes divers produits toxiques qu'ils emploient assez souvent, tels que : laudanum, chloroforme, chlorhydrate de cocaïne ? »

Voici notre réponse :

« Le pharmacien ne peut délivrer des préparations médicales, ou drogues composées quelconque, que d'après la prescription des docteurs en médecine ou officiers de santé, et sur leur signature, (Loi de germinal, art. 32.)

« La vente des substances vénéreuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, officier de santé, ou d'un vétérinaire breveté. (Ordonnance du 29 octobre 1846, sur la vente des substances vénéreuses, art. 5.)

« Comme conséquence de ces deux principes, le pharmacien ne doit délivrer le laudanum (préparation médicale, le chloroforme et les sels de morphine (substances vénéneuses), qu'aux seuls dentistes munis du diplôme d'officier de santé ou de docteur en médecine et sur leur signature.

En ce qui regarde le chlorhydrate de cocaïne, nous ne pouvons répondre d'une façon précise, parce que la vente en est libre, si on le considère comme inoffensif,et sou mise aux formalités précitées, si on classe la cocaïne parmi les alcaloïdes vénéneux; nous ne pouvons pas prévoir qu'elle serait l'opinion d'un tribunal appelé à décider sur ce point. — Em. Génevoix. »

Voilà les conséquences des prescriptions légales. On interdit ceci, on interdit cela, mais le progrès et les mœurs changent les

conditions de la pratique; la loi avec sa lenteur majestueuse ne suit pas le mouvement, et il s'en suit qu'un nouvel ordre de choses s'implante et ne peut s'accommoder sans préjudice, sans inconvénient pour le public, aux défenses surannées des législateurs d'antan.

Les morphinomanes savent trouver de la morphine en assez grande quantité pour se tuer, mais le dentiste, qui ne l'emploie que comme topique et à dose de quelques milligrammes, n'aurait pas la même facilité, ou se verrait forcé d'employer un subterfuge.

Que la lettre des lois et règlements invoqués par M. Génevoix soit appliquée demain, il n'y aura, au point de vue des dangers d'intoxication, rien de changé; on aura établi une complication inutile. Voilà tout.

Quand comprendra-t-on pour que vouloir préserver par mesure législative de tous les dangers de la vie civile, on aboutit à des complications, n'entravant en rien le mal, et nuisibles seulement au développement de l'individu et à l'agrégat dont il fait partie?

P. D.

ZAHNARZTE ET D. D. S.

La règlementation ne met pas fin à toutes les difficultés, si nous en croyons ce qui se passe actuellement en Allemagne. Les Zahnarzte, particulièrement, ne sont pas satisfaits de la concurrence de leurs confrères non gradués. Après avoir bataillé avec acharnement pour limiter le plus possible la pratique de leurs compatriotes, les Zahnkunstler, ils s'attaquent à présent aux dentistes américains. La police allemande vient d'interdire à ceux-ci de s'intituler Zahnarzte américains et même de joindre à la dénomination d'American dentist, celui de DD. S. (Docteur en chirurgie dentaire.)

Dans cette affaire, les Allemands apportent à cette campagne, leur esprit d'exclusivisme national.

Comme on exige de tout candidat au titre de zahnarzt d'avoir fait des études dans un gymnase allemand et deux ans d'études dans une Université allemande, cela crée une impossibilité pour tout étranger, eût-il fait des études médicales et dentaires équivalentes à celles des confrères nationaux.

En présence de ces faits, de ces luttes intestines, nous nous demandons quel sera le sort de la section de chirurgie dentaire et buccale au Congrès international de Berlin. Si l'on n'y admet que les seuls zahnarzte, l'assemblée ne sera pas nombrense; il se pourrait aussi que la valeur et la tournure des communications s'en ressentissent.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. P. Dubois

1. Pâte pour dévitaliser la pulpe. - 2. La sténocarpine. —3. Un faux anesthésique local. — 4. Usages thérapeutiques du callodion élastique iodoformé contre les névralgies.

Pate pour dévitaliser la pulpe

Potasse caustique	3 gr.	
Arsenic	2	50

Placer dans un mortier, ajouter quelques gouttes d'eau pour faire une pâte crémeuse.

Ajouter sulfate de morphine	2 gr.	50
ou chlorydrate de cocaïne	2	50

Agiter pendant 15 à 20 minutes pour empêcher de cristalliser. Boucher avec bouchon imbibé de paraffine.

M. Tilbet dit son emploi un peu douloureux.

(*Ohio State Journal.*)

Autre formule

Arsenic pulvérisé	1 gr	2
Chlorydrate de cocaïne	1	2
Menthol	0	3

L'auteur, M. Kirh dit son emploi indolore.

La sténocarpine

Nous avons déjà mentionné, d'après le *New-York medical Record* (1), l'apparition d'un nouvel anesthésique local succédané et peut-être substituant de la cocaïne.

Sur l'incitation du Dr Steward, qui avait expérimenté le nouvel alcaloïde, M. Mitchell de Bergen, Point New-Jersey, l'a appliqué à notre thérapeutique avec succès. Il en a parlé en avril dernier à la Société du premier district de New-York et le recommande à nouveau dans l'*Indépendant Practitioner* d'octobre comme anesthésique de la dentine, de la pulpe et de la gencive; les premiers résultats seraient tout à fait encourageants. M. Mitchell dit qu'on peut l'administrer en injections hypodermiques pour l'extraction des dents; mais il ne donne ni le dosage, ni les moyens d'administration.

un faux anesthésique local

Nous avions fait connaître d'après les revues anglaises, un succédané de la cocaïne : la drumine, dont la découverte était due au docteur J, Reid. On a expérimenté en injections sous la peau et en

(1, Odontologie, octobre 1887. P. 462.

instillations dans l'œil le nouveau produit. Le *Pharmaceutical Journal* et *l'Union médicale* nous apprennent que l'effet a toujours été nul. On doit donc ajouter ce nouveau remède à tant d'autres qui n'ont fait que passer.

USAGES THÉRAPEUTIQUES DU COLLODION ÉLASTIQUE IODOFORMÉ CONTRE LES NÉVRALGIES

On a préconisé l'usage du collodion élastique iodoformé comme moyen thérapeutique contre la névralgie. Plusieurs auteurs l'ont employé à diverses doses (en général : 1 d'iodoforme pour 15 de collodion; Moleschott, 10 pour 100; Cœsfeld, 25 pour 100; d'autres encore, 1 à 3 pour 100). On badigeonne l'endroit douloureux jusqu'à ce qu'on obtienne une épaisseur de 1 à 2 millimètres; cependant, plus la couche est épaisse, plus ce médicament est efficace.

En général, au bout de deux applications, la douleur a disparu ; cependant, si elle persistait, on pourrait continuer les badigeonnages.

M. Browning cite cinq cas de névralgies sus-orbitaires (quatre d'origine paludéenne), ayant résisté au sulfate de quinine, au chloroforme, etc., guéris après deux ou trois applications de collodion iodoformé. Il cite quatre autre cas, d'après les D[rs] Mac Naughton, Bender et Bartley, qui viennent confirmer ses propres expériences.

Le collodion iodoformé ne produisit pas d'effet dans huit cas simulant la sciatique ; mais on reconnut plus tard que l'on n'avait pas affaire à des névralgies, mais à des tumeurs lombaires, coxalgies, etc.

Guérison ou amélioration dans quatre cas d'irritation spinale, et plusieurs autres observations de névralgies de différents nerfs et même de rhumatisme aigu ou chronique; mais dans ce dernier cas, l'un des principaux facteurs paraît être l'action mécanique produite par le collodion en se contractant.

C'est de quatre modes différents que les éléments du collodion iodoformé agissent :

1° L'éther et l'alcool provoquent une anesthésie locale très rapide par suite du froid qu'ils produisent en s'évaporisant;

2° La nitro-cellulose agit mécaniquement en produisant une contraction considérable de la peau et des tissus sous-jacents ; elle agit peut-être aussi en protégeant la partie malade du contact de l'air ;

3° L'iodoforme produit une légère anesthésie locale, mais son action est plus complexe. Il agit directement comme anesthésique, mais à son action vient se joindre celle de l'iode mis en liberté dans la solution de collodion. A ce sujet, on s'est demandé si l'iodoforme avait un effet quelconque sur le système nerveux central et, si étrange que cela puisse paraître, deux Allemands,

Bauer et Cœsfeld, disent avoir guéri des cas de méningite tuberculeuse par des applications du collodion iodoformé.

Mais il est évident que, dans les cas que nous avons cités, l'iodoforme a agi sur le système nerveux périphérique ;

4° L'iodoforme et l'iode agissent comme absorbants, car il y a d'après Anstie, hyperhémie et épaississement des tissus environnant le point douloureux. Dans ce cas, les vieilles solutions, contenant plus d'iode libre, seraient plus efficaces.

On doit surtout employer la solution de collodion iodoformé dans les cas de névralgies bien localisées comme les névralgies sus-orbitaires, névralgies sciatiques (Moleschott), etc., mais son usage semble contre-indiqué dans les cas de douleurs généralisées et mal définies. (*Amer. Journ. med. Sciences*, oct. 1885, p. 413, et *Union Médicale*, 17 janvier 1886, n° 8, p. 93.)

Le même collodion, deux fois par jour pendant deux mois, est très bon pour les adénites chroniques. (*Le Praticien*, 28 juin 1886).

CORRESPONDANCE

On nous communique les pièces suivantes :

Paris, 4 novembre 1887.

A Monsieur le docteur Aubeau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Mon cher professeur,

A la dernière séance du Conseil de Direction, un membre ayant demandé à l'administration de l'Ecole si vous ne faisiez pas partie d'une clinique libre dont on a vu récemment les annonces dans le *Figaro*, nous avons cru, connaissant vos opinions sur les réclames dans les journaux politiques, pouvoir affirmer qu'il y avait erreur.

Nous avons tenu néanmoins à vous faire connaître ces on-dit, afin de vous donner l'occasion de les réduire à néant.

Le secrétaire général,
Ch. Godon.

Paris, 5 novembre 1887.

A Monsieur Godon, secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris.

Mon cher monsieur Godon,

Merci d'avoir répondu pour moi dans les termes que vous me rapportez; ils sont de tous points l'expression de la vérité.

1° Je ne fais partie d'aucune clinique libre ;

2° J'ai toujours répudié la réclame sous quelque forme qu'elle se présentât.

Il n'y a donc rien de commun entre la création à laquelle il a été fait allusion et moi.

Bien cordiales salutations,

Dr A. Aubeau.

NOUVELLES

Après un brillant concours, MM. Papot et Legret ont été nommés chefs de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

La composition écrite portait sur les sujets suivants :

1 — De l'évolution vicieuse de la dent de sagesse ;

2 — Des accidents consécutifs à l'extraction des dents ;

3 — De la périostite aiguë ;

4 — Diagnostic de la syphilis buccale ;

5 — Des principaux accidents de l'éruption (première et seconde dentition).

Les questions furent tirées au sort.

Le numéro 3 « De la périostite aiguë » sortit et fut traité par les candidats.

La Société d'Odontologie de Paris aura désormais une séance mensuelle de clinique.

Tous les confrères qui ont des traitements, des procédés ou des instruments à appliquer, sont autorisés à en faire la démonstration pratique dans ces séances.

Ils doivent avoir obtenu, au préalable, l'autorisation du Bureau de la Société.

Les communications pour les démonstrations cliniques doivent être adressées, avant le 20 de chaque mois, au secrétaire général, M. Blocman.

La première séance de clinique aura lieu le dimanche 4 décembre, à 9 heures du matin.

ORDRE DU JOUR : Démonstration de l'implantation, par M. Meng.

Nous sommes heureux d'apprendre la constitution d'une Société odontologique à Barcelone, sous le titre de *Circulo Odontologico de Catalûna.*

Nous sommes convaincus que nos confrères espagnols serviront ainsi à l'avancement de la science, et nous serons heureux de faire connaître les plus intéressants de leurs travaux.

La prochaine réunion de l'Association dentaire américaine se tiendra à Louisville-Kentucky, le 4 août 1888.

DERNIÈRE HEURE

La huitième séance annuelle d'inauguration de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le samedi 5 novembre, dans la salle des fêtes de

la mairie du IXe arrondissement, sous la présidence de M. Bourneville, député de Paris.

Nous aurons à publier le compte rendu *in extenso* de cette importante réunion. Tous ceux qui s'intéressent à la cause des dentistes français seront heureux des éloquentes paroles de M. Bourneville et de la décision du Ministre du commerce, qui décerne à l'Association générale des Dentistes de France une **médaille d'or** en reconnaissance des services publics qu'elle a rendus à l'enseignement technique.

Nous donnerons le compte rendu dans le prochain numéro.

PUBLICATIONS REÇUES

Le service dentaire dans les écoles communales primaires et la manière de conserver les dents, par Brindot, chirurgien-dentiste, fondateur du service dentaire dans les écoles communales de Cherbourg.

On sait que cette question nous tient à cœur. Le bénéfice humanitaire qui en découle est dû, pour la plus grande partie, à notre Association

M Brindot a été des premiers à organiser dans la ville où il exerce un service dentaire municipal.

Dans ce petit opuscule, il en expose le fonctionnement ; il y joint quelques conseils hygiéniques sur les soins à apporter aux dents, sur les mérites de l'intervention précoce. Espérons que les excellents conseils de M. Brindot influenceront ses concitoyens et qu'ils lui devront de garder mieux que par le passé les organes dont la nature les a dotés.

De l'Electricité comme agent thérapeutique en gynécologie, par le Dr Paul F. Mundé, professeur de gynécologie à la policlinique de New York et au collège de Darmouth, gynécologiste à l'hôpital du Mont-Sinaï, chirurgien-accoucheur à l'hôpital de la Maternité, président de la Société d'obstétrique de New-York, vice-président de la Société de gynécologie américaine, etc... Traduit avec l'autorisation de l'auteur et annoté par le Dr P. Ménière, professeur libre de gynécologie à Paris, rédacteur en chef de la *Gazette de Gynécologie*, etc. — 1 vol. grand in-8° raisin de VIII-72 pages, avec 12 figures intercalées dans le texte. Prix : **2** fr. **50**. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Tout abonné ou membre de l'Association générale qui ne recevrait pas le journal est prié d'en aviser l'administration. Il sera envoyé gratuitement un autre numéro si la réclamation est faite dans le délai d'un mois.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1886-87)

Art Dentaire et sciences connexes

OUARAGES, MÉMOIRES, ARTICLES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

THE DENTIST'S REGISTER FOR 1887

CHAPIN ET HARRIS. — A Dictionnary of médical terminoly and dental surgery. Dictionnaire de terminologie médicale et odontologique.

TH. FLETCHER ET CHARLES BURGHARDT. — Practical dental metallurgy third édition. — Métallurgy dentaire pratique.

JOHN GORHAM. — Tooth extraction a manuel on the proper mode extracting teeth. Seconde édition in-8°. — Extraction des dents, manuel sur le mode de les extraire.

JOHN WOOD. — The teeth and associate parts and What every one should knowregarding theirn. Les dents et les parties associées, ce que chacun en doit connaître.

DELAVAU. — Seven cases of buccal tuberculosis; with remarks upon tubercular ulceration on the tongue (New-York Med. Journ., 14 mai). — 7 cas de tuberculose buccale avec remarque sur les ulcérations de la langue.

WARD COUSINS. — Right upper canine tooth removed from the left orbit of a child. (Brit. Med. Journ., 23 avril.) — Canine supérieure droite enlevée de l'orbite gauche d'un enfant.

ZIEM. — Abcess in der Orbita und Thranensackfistel bei Eiterung der Kieferhohle. (Allgem. Med. Cent. Zeit, 7 mai.) — Abcès de l'orbite et fistule lacrymale à la suite de la suppuration des sinus maxillaires.

SEIFFERT (O.). — Ueber Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen. (Berlin. klin Woch., 9 mai.) — De l'hypertrophie des glandes sous-maxillaires.

BENNET. — Crown and Brige-Work.

GEORGE. S. ALLAN. — Enamel and dentine some thoughts on the new thery concerning their structure.

EDMUND KELLS. — Immediate Root-Filling.

BLERSCH. — Ueber die antiseptische Behandlung pulpa krauker Zahne (Journ. fur. Zahnheil kunde mai 1887.)

Deutsche-Monatsschrift-Juin.

J. PARREIDT. — Ueber Zahn-und Kiefercysten.

A. ARKOVY. Ueber ein odontome. (d°).

E. MARTIN. Regulirung einer Zahnstellungs-Anomalie. (d°).

O. ZSIGMONDY. Missbildung eines Zweiten unteren Molard Zahnes. (d°).

MEITNITZ. Ein Fal' von acuter Osteomyelitis der Udterkiefers mit todlichem Ausgauge. (d°).

J. SCHEFF. Anomalien der Zahne (d°).

SCHMID. Primare Zahn fleischblutungen, secundare gaugra nose Gingevitis bei einem Leukamischen mit exitus letalis. (d°).

VOL. 7. Paris, Novembre 1887. N° 11.

L'ODONTOLOGIE



ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COMPTE RENDU

DE LA

Huitième séance annuelle

DE

RÉOUVERTURE DES COURS ET DE DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

Sous la présidence

DE

M. le Docteur BOURNEVILLE, Député de la Seine, Médecin de l'Hospice de Bicêtre

---

5 Novembre 1887

L'Ecole dentaire de Paris a célébré samedi dernier, 5 novembre, sa huitième séance annuelle d'ouverture des cours, dans la salle des fêtes de la mairie du IXe arrondissement, que M. le Maire avait, comme les années précédentes, mise gracieusement à sa disposition.

La salle était brillamment décorée pour la circonstance, ornée de plantes et d'arbustes des serres de la Ville ; des gardes de Paris étaient chargés du service d'ordre.

De nombreuses notabilités scientifiques et politiques assistaient à cette intéressante cérémonie et, parmi elles, on remarquait des professeurs de la Faculté de médecine, des sénateurs, des députés, des conseillers municipaux, des journalistes de la presse médicale et politique.

Le Ministre du Commerce, qui n'avait pu venir, avait envoyé, pour la circonstance, une médaille d'or qu'il offrait à l'Ecole, en récompense des services qu'elle a rendus à la cause de l'enseignement technique en France depuis huit ans.

La séance est ouverte à neuf heures par M. le Dr Bourneville, député de Paris, à qui l'administration avait, cette année, offert la présidence.

Ses travaux comme savant, autant que son rôle comme membre de la commission parlementaire chargée d'étudier la réglementation de l'exercice de notre profession, le désignaient pour présider cette solennité.

Le président ayant donné lecture de nombreuses lettres d'excuses, et notamment d'une lettre des plus sympathiques de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, le directeur, M. le Dr David, prend la parole pour constater les succès obtenus par l'Ecole depuis l'époque de sa fondation et l'influence qu'elle exerce sur l'art dentaire en France.

Il rappelle les notabilités qui sont venues présider ses séances d'inauguration : MM. les professeurs U. Trélat, Verneuil, Paul Bert, Brouardel, le président du Conseil municipal de Paris, M. G. Mesureur ; puis, remerciant M. le Dr Bourneville de sa présence, il rappelle ses nombreux travaux scientifiques.

En terminant, il donne lecture de la lettre du Ministre du Commerce, M. Dautresme, offrant à l'Ecole dentaire une médaille d'or, lettre que l'on trouvera plus loin.

M. le Dr Bourneville, dans un discours dont, en le lisant, on pourra apprécier l'esprit libéral, explique pourquoi il a accepté avec plaisir de venir apporter ses félicitations à l'Ecole dentaire de la rue Richer. Il rappelle qu'il s'est occupé, à plusieurs reprises, de l'enseignement de l'odontologie en France. Il approuve la création, par l'initiative privée, de cette Ecole d'enseignement spécial, et constate que la République favorise la fondation et le développement de semblables sociétés. *Comme membre de la Commission parlementaire de la réglementation de la médecine en France, il assure les dentistes que, pour l'exercice de leur art, et conformément aux vœux de leur association, c'est la solution la plus libérale qui sera adoptée, c'est-à-dire la liberté d'exercice, le maintien du* statu quo *dont l'Ecole fait apprécier les avantages.*

L'orateur soulève à plusieurs reprises les applaudissements de l'assemblée.

M. le Dr Faucher, professeur à l'Ecole, prend alors la parole. Dans une conférence des plus spirituelles et des plus applaudies, il constate le peu de connaissance du médecin en art dentaire et la surprise qu'il éprouve, lorsqu'assistant au fonctionnement de l'Ecole dentaire et de sa clinique, il voit la multiplicité des travaux pratiques qu'exige l'étude de cette technique spéciale.

Il termine en passant en revue le programme d'enseignement de l'Ecole et son organisation.

M. Ch. Godon, secrétaire général et sous-directeur, rend compte des travaux de l'année et de la situation de l'Ecole, au point de vue moral et matériel. Il constate l'état prospère de l'institution

et souhaite qu'elle obtienne définitivement de la Ville du Paris, conformément au récent vote du Conseil municipal, un local en rapport avec les services qu'elle rend aux dentistes et aux malheureux.

Il donne lecture du résultat des examens et de la liste des diplômés de l'année scolaire 1886-87 et proclame les lauréats.

Le directeur, au nom de l'association, offre au président de la séance, au milieu des applaudissements de l'assemblée, une médaille de bronze en reconnaissance de son bienveillant concours.

M. le Dr Bourneville félicite la société de son initiative relativement à sa collaboration au congrès médical de Washington et à la réunion à Paris, en 1889, d'un congrès international de dentistes.

Après avoir remercié les fondateurs de prix et les auditeurs, il lève la séance en constatant le niveau moral et scientifique auquel les dentistes français ont, en quelques années, élevé leur profession.

La séance s'est terminée agréablement par un punch que les administrateurs offraient à leurs principaux invités. Pendant quelques heures encore on a pu, dans une conversation des plus animées, parler de l'avenir de notre chère institution, du succès de la cause qu'elle défend, achever la conquête de nouveaux partisans, obtenir d'utiles déclarations, de précieuses promesses.
administrateurs offraient à leurs principaux invités.

En résumé, bonne soirée pour l'Ecole dentaire de Paris, à qui le gouvernement vient de donner encore une nouvelle preuve de sa bienveillance, et pour l'Association générale qui peut inscrire pour la cause qu'elle défend deux plaidoyers nouveaux : le discours si autorisé du député Bourneville en faveur de la liberté d'exercice et celui si spirituel du Dr Faucher sur la spécialisation de l'art dentaire.

Cette journée est digne de figurer dans les annales de la société à côté des meilleures.

Ch. Godon.

Nous ne pouvons mieux terminer ce compte rendu qu'en adressant nos remerciements à tous ceux qui ont, par leur concours aidé au succès de cette séance :

A la ville de Paris et au sympathique architecte, M. Benoît, qui, comme les années précédentes, a dirigé la décoration de la salle;

Aux membres de la commission organisatrice, MM, Chauvin, Ronnet, Pigis, Papot, Tussaud et Bioux;

A la pressescientifique et politique de Paris et des départements, dont les principaux organes ont rendu compte de la séance, et principalement au *Progrès médical*, au *Bulletin médical*, au *Figaro*, au *Siècle*, à la *République Française*, au *Radical*, à la *France*, à l'*Action*, au *Journal de Dunkerque*, etc., etc. — C. G.

DISCOURS DE M. LE Dr BOURNEVILLE

MESDAMES, MESSIEURS,

Lorsque l'habile et savant directeur de l'Ecole dentaire, M. le Dr David, est venu m'offrir l'honneur de présider cette cérémonie, je me suis demandé quelles pouvaient être les raisons qui l'avaient guidé, alors qu'il pouvait s'adresser à tant d'autres maîtres plus autorisés que moi. Après réflexion, j'ai pensé que c'était peut-être en souvenir du peu que j'avais fait dans le passé pour exciter l'initiative individuelle dans le but de créer un véritable *enseignement de l'odontologie* en France et aussi en souvenir de récentes relations qui ont montré entre les fondateurs, les administrateurs de cette Ecole et nous une communauté d'idées et de sentiments.

En 1873, parlant des réformes qu'exigeaient nos institutions médicales, nous écrivions :

« ... Tandis que l'Amérique, l'Angleterre, etc., possèdent plusieurs recueils importants consacrés à *l'art dentaire*, tandis que les Etats-Unis, par exemple, ont depuis longtemps un véritable enseignement spécial, tandis qu'il existe à Londres une *Société odontologique ;* enfin, tandis que l'Espagne essaie d'entrer dans cette voie, en France nous n'avons qu'un seul jonrnal... La Faculté de médecine, jusqu'ici, a dédaigné de s'occuper de cette branche de la chirurgie et dans les hôpitaux, nous le disons avec regret, c'est aux garçons de consultation qu'on abandonne l'examen des mâchoires des malades et l'extraction des dents. L'enseignement libre n'a rien fait pour combler cette lacune (1). »

Et nous terminions en demandant que l'initiative individuelle, seule véritablement féconde, se substituât à l'intervention déprimante et routinière de l'Etat.

Quelques semaines plus tard (2), à l'occasion d'une analyse du *Calendrier du collège des chirurgiens d'Angleterre*, nous revenions sur la nécessité de créer en France un enseignement de la chirurgie dentaire et pour prouver que le dédain de la Faculté pour cette branche des sciences médicales n'était pas justifié, nous disions que, parmi les chirurgiens qui étaient chargés en Angleterre de faire passer les examens pour la chirurgie dentaire, nous voyons les noms de W. Lawrence, de Hilton, Le Gros Clarke, etc.

Nous n'avons jamais perdu de vue cette importante réforme et, en 1880, après avoir reproduit une lettre du Dr Despeux sur l'*Enseignement de l'Odontologie*, nous rappelions que :

« Nous avions montré l'obligation qui s'imposait pour les médecins odontologistes... de se grouper et de fonder une école libre où ils

(1) *Progrès médical*, 1873, p. 297.
(2) *Ibid.*, 1873, p. 321.

formeraient des élèves, qui, astreints pendant un temps suffisant à une pratique journalière, en sortiraient avec l'instruction voulue pour exercer leur profession. C'est, à notre avis, ajoutions-nous, le seul moyen de rehausser en France les études odontologiques, et de leur faire atteindre le niveau scientifique auquel elles sont arrivées dans les autres pays (1). »

A ce moment, vous commenciez votre œuvre. Pendant que vous vous mettiez en mesure de la mener à bien et de combler la lacune regrettable qui existait dans *l'enseignement*, nous introduisions au Conseil municipal la question des *consultations dentaires*, en faisant adopter un vœu invitant l'administration de l'Assistance publique à créer des services dentaires dans les hôpitaux et à les confier à des dentistes nommés au concours.

Ces deux réformes sont aujourd'hui réalisées : la première, qui est votre œuvre, l'est depuis sept années et les résultats remarquables que vous avez obtenus, les services considérables que vous avez rendus, en assurent la durée et la rendent inattaquable.

Votre œuvre a été rendue possible par la République, c'est-à-dire par un régime de liberté. Vous êtes restés fidèles au principe auquel vous devez votre succès : vous ne voulez pas de monopole, vous ne réclamez pas de réglementation de l'Etat. Vous êtes des partisans fervents de la *liberté professionnelle* et j'ai encore présentes à l'esprit les déclarations si franches et si nettes que les délégués de l'Ecole ont faites, il y a quelques mois, devant la commission parlementaire chargée d'examiner les projets de loi relatifs à l'exercice de la médecine.

Si dans l'état politique et social actuel, il y a encore des inconvénients à promulguer la liberté de l'exercice de la médecine et de la pharmacie — ce qui fournirait des moyens d'action encore plus puissante aux congrégations religieuses — il n'y a aucun inconvénient de ce genre en ce qui concerne la pratique de l'art dentaire.

Vous l'avez bien compris et c'est également votre vive compréhension de la liberté qui vous a amenés à vous contenter de délivrer vos diplômes sans réclamer l'estampille de l'Etat.

Elle n'ajouterait guère à votre prestige. Votre prestige augmentera en proportion des services que vous aurez rendus. Vous donnez la facilité aux étudiants en médecine, futurs médecins ou officiers de santé, d'apprendre l'art dentaire et de pratiquer, avec moins de dégâts qu'autrefois, l'extraction des dents ; vous fournissez à tous ceux qui veulent exercer la profession de dentistes les moyens de la connaître dans ses moindres détails ; ils n'ont plus d'excuse à leur ignorance. Aussi le nombre des dentistes instruits ira-t-il chaque année en augmentant, grâce à votre dévoue-

(1) *Progrès médical*, 1880, p. 835.

ment, et chaque année aussi s'élèvera le niveau moral et intellectuel de votre profession.

Peut-être votre Ecole est-elle appelée à rendre encore des services plus grands à la Ville de Paris. En effet, si un jour une loi libérale accorde enfin à la Ville de Paris le droit de créer une *Ecole municipale de médecine*, le Conseil municipal trouvera dans votre œuvre même, dans les élèves que vous formez, un concours des plus utiles que vous ne lui refuserez pas, j'en ai la conviction.

Votre Ecole était fondée, vos consultations fonctionnaient déjà depuis plusieurs années que l'Assistance publique, elle, n'avait pas encore organisé le *service* dentaire dans les hôpitaux. Elle s'en tenait au seul service des enfants, déjà ancien, et au service plus récent des enfants idiots de Bicêtre et de la Salpêtrière. (1) Ce n'est que le mois dernier qu'elle a organisé un service dentaire dans les hôpitaux qu'elle a divisés en huit groupes, confiés à autant de dentistes. Parmi eux figure, — et c'est justice, — votre savant directeur. Cette organisation est loin d'être parfaite; l'expérience montrera les modifications qu'il conviendra d'y apporter. Personnellement, nous regrettons que se conformant à la règle qui préside au recrutement de tout son personnel médico-chirurgical, l'administration n'ait pas préféré le concours à la nomination directe. Cette réserve faite, nous devons reconnaître que ses choix ont porté sur d'honorables et habiles spécialistes.

Messieurs, et c'est par là que je termine, c'est vous qui avez facilité cette réforme hospitalière, en donnant à l'Administration, par vos consultations, un exemple qu'il était de son devoir de suivre.

Par votre Ecole, œuvre patriotique qui vous fait le plus grand honnenr, vous avez mis à la disposition du pays, des hommes habiles, instruits, en mesure de lutter avantageusement contre les dentistes étrangers.

Aussi est-ce avec un grand plaisir que, nous joignant aux maîtres éminents, MM. Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouartel, et à notre ami M. Mesureur, qui ont présidé nos précédentes distributions de prix, nous adressons aux fondateurs, au comité directeur et aux professeurs de l'Ecole dentaire, nos plus sincères félicitations pour l'initiative qu'ils ont prise, la persistance, l'esprit de suite qu'ils ont apportés dans l'organisation et le fonctionnement de leur Ecole qui fait un réel honneur à notre pays.

Nous les remercions enfin de l'excellente idée qu'ils ont eue de penser à provoquer à Paris, la réunion d'un congrès international des hommes de leur spécialité pour l'année du centenaire de la Révolution française.

---

(1) Ce service a été créé sur notre proposition en 1880, et confié à M. le Dr Cruet.

DISCOURS DE M. LE Dr TH. DAVID

Directeur de l'Ecole Dentaire

En ouvrant cette séance d'inauguration, je remercierai tout d'abord l'éminent maître qui a bien voulu la présider.

Les années précédentes, j'ai pu conduire à cette place des personnes illustres, dont le puissant appui n'a pas peu contribué au succès de notre œuvre. Vous y avez vu MM. *Trélat*, *Verneuil*, deux illustres représentants de notre chirurgie ; *Brouardel*, la personnification même de la médecine française, aujourd'hui doyen de la Faculté de médecine de Paris ; *Paul Bert*, qui a joint à sa grande réputation de physiologiste et d'homme politique la gloire de mourir au champ d'honneur pour son pays... Vous y avez vu le président du Conseil municipal M. Mesureur que l'estime de ses concitoyens a porté à la Chambre des députés.

Aujourd'hui, j'ai l'honneur de vous présenter M. Bourneville.

Vous connaissez ce savant modeste et laborieux qui s'est créé une des premières places dans le journalisme médical et dans la médecine mentale, l'auteur d'un intéressant chapitre de stomatologie chez les aliénés.

Mais ce qui a mieux encore marqué et répandu sa personnalité, c'est le zèle et le dévouement avec lesquels il a travaillé au développement de nos institutions municipales. Paris s'honore, à juste titre, d'un tel représentant au Conseil municipal et à la Chambre des députés.

Faut-il vous rappeler que bien avant nous, M. Bourneville a, lui aussi, créé une école, l'Ecole d'infirmières, qui rend aujourd'hui de grands services, qui a déjà pourvu de ses élèves, méthodiquement instruites, la plupart de nos établissements hospitaliers ?

Connaissant les difficultés de créer une œuvre nouvelle, et une œuvre analogue à la nôtre, il sait de quels encouragements, de quels conseils nous avons besoin pour affermir notre école et la faire progresser.

Mieux que personne, M. Bourneville peut donc apprécier les efforts persévérants que nous avons dû faire pour mener notre œuvre à bonne fin. N'a-t-il pas été un des premiers à nous témoigner des sympathies qu'il nous fut bien agréable de recevoir au début de notre entreprise ?

Aussi, cher maître, suis-je heureux de vous exprimer aujourd'hui les remerciements de l'Ecole toute entière, qui vous a déjà placé dans sa reconnaissance à côté de ses autres illustres parrains.

Je les adresse encore, ces remerciements, à toutes les notabilités qui ont bien voulu nous honorer de leur présence et affirmer ainsi leurs sympathies pour l'œuvre que nous poursuivons.

Nous devons enfin un témoignage tout particulier de recon-

naissance à M. le Maire de cet arrondissement. En nous offrant dans cette enceinte une si confortable hospitalité, il nous a permis de quitter nos salles modestes de la rue Richer, où nous n'aurions certainement pas pu vous recevoir tous ce soir.

Je vous disais l'année dernière que, en prenant ses sept ans, notre Ecole avait franchi la période des difficultés, la période de formation. C'est, en effet, ce que l'on se plaît à constater.

Son utilité, ses succès ne sont plus discutés, même par ses adversaires. Elle est traitée avec honneur par ses sœurs de l'étranger, ses aînées, cependant. L'Angleterre, l'Amérique, qui croyaient peu à sa réussite, y envoient aujourd'hui des élèves. Des délégués américains sont venus la visiter et en ont fait une appréciation des plus élogieuses. Au congrès de Washington, nos confrères d'outre-mer ont fait un chaleureux accueil à nos représentants et ont accepté avec empressement de venir au congrès dentaire que nous organisons pour l'année 1889, à Paris.

Ne sont-ce pas là des preuves que l'Ecole dentaire de Paris s'est rapidement élevée à la hauteur des besoins de notre profession ? Un de nos professeurs, M. Dubois, qui est allé visiter les écoles dentaires d'Amérique, pourrait vous assurer que telle qu'elle est actuellement, la nôtre ne craint la comparaison avec n'importe quelle école des Etats-Unis.

En France, les sympathies témoignées à notre œuvre ne sont plus à compter.

Nous avons vu venir à nous le corps médical. La municipalité parisienne qui a constamment souci des travailleurs, parce que de tout temps ils ont fait sa fortune et sa force, s'est constituée notre bienfaitrice.

L'Etat lui-même n'est pas resté indifférent à tous nos efforts. Il nous a déjà décerné plusieurs distinctions honorifiques ; il a pris parmi nous les commissaires spéciaux à l'Exposition de 1889 ; pour toutes les questions qui intéressent l'art dentaire, il consulte notre groupe professionnel.

Nous en attendons encore la reconnaissance d'utilité publique qui ne saurait tarder à nous être accordée.

En fait d'ailleurs, sinon officiellement, l'Etat reconnaît notre personnalité civile. Il vient de nous en donner une éclatante preuve en décernant à l'Ecole dentaire de Paris une médaille d'or. Cette haute récompense, donnée pour la première fois à un groupe professionnel, témoigne assez de la considération que l'on accorde en haut lieu aux services rendus par nous.

Elle signifie que l'Ecole dentaire de Paris a déjà atteint le but de son programme qui était de créer un enseignement spécial pour relever le niveau scientifique et la dignité professionnelle du corps des dentistes français.

Aujourd'hui, en effet, Messieurs, au point de vue de l'art den-

taire, la France ne craint la rivalité d'aucune nation; elle reprend peu à peu son ancienne suprématie, et je suis heureux de le constater, en présence de plusieurs membres de notre représentation nationale, le tribut que nous payions aux dentistes étrangers devient moins lourd chaque année.

Ce résultat, nous pouvons le dire avec fierté, est dû à l'Ecole dentaire de Paris. Il était donc juste de l'en récompenser.

Voici la lettre que j'ai reçue hier du ministère du commerce :

Ministère du Commerce
et de
l'Industrie
—
Direction du personnel
et de
l'enseignement technique
—
2e bureau
Enseignement technique
—
Avis de l'Allocation d'une
médaille d'or
—

République française.
—

Paris, le 4 novembre 1887.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous annoncer que, sur votre demande, j'ai accordé à l'Association générale des Dentistes français une médaille d'or du module de 36 millimètres.

Cette médaille a été commandée et elle vous sera remise incessamment par les soins de l'administration des monnaies.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Ministre du Commerce et de l'Industrie,
Lucien DAUTRESME.

A M. le docteur David, *directeur de l'Ecole dentaire de Paris.*

Cette médaille portera en exergue :

« A l'Ecole dentaire de Paris »

Il ne faut pas que la reconnaissance soit moins alerte que le bienfait. Je me hâte donc, d'adresser publiquement ici nos plus chaleureux remerciements à M. Dautresme, ministre du commerce.

Les succès passés et présents nous en imposent d'autres. Nous les poursuivrons avec zèle, avec acharnement et avec l'espérance de les réaliser.

La voie nous a été tracée par une profession bien moins ancienne que la nôtre. En peu d'années les vétérinaires ont conquis leur rang dans la hiérarchie des professions savantes, fondé des écoles officielles, obtenu une section particulière à l'Académie de médecine, un siège à l'Institut, une chaire au Muséum.... Pourquoi l'Odontologie n'arriverait-elle point, elle aussi, à ces résultats?

Ah ! certes le but est alléchant, et rude la voie pour y parvenir ; mais grandes sont nos forces, grâce à leur union bien éprouvée, grâce à leur concentration.

« Toute puissance est faible à moins que d'être unie »; aussi avons nous pris pour devise : UNION et PROGRÈS; avec de telles armes, Messieurs, nous pouvons marcher en avant.

CONFÉRENCE DE M. LE Dr FAUCHER

MESDAMES, MESSIEURS,

Appelé cette année à l'honneur de vous adresser quelques mots à l'occasion de la séance d'inauguration, je vous avouerai que grand fut mon embarras lorsque, il y a peu de jours, je fus invité à chercher le sujet de cet entretien et à venir le développer devant vous.

La conscience de mon insuffisance oratoire n'était pas, du reste, sans venir augmenter le trouble que me causait la perspective de la mission que j'avais à remplir.

Pour me concilier votre indulgence, j'ai cru devoir, Messieurs, aborder un sujet qui vous est cher et vous parler de l'Ecole que vous avez fondée. Je vous demanderai donc la permission d'exposer simplement ici les idées qui me sont venues sur l'enseignement de l'art dentaire depuis que je vous ai vus à l'œuvre.

Je m'empresse d'ajouter que si les opinions que je vais émettre peuvent présenter quelque intérêt dans la circonstance, ce n'est pas certes parce qu'elles sont miennes, mais parce qu'elles sont celles qu'a pu se former un médecin qui, comme trop de ses confrères, n'avait eu jusque-là, sur cette matière, que des notions bien imparfaites.

Cette ignorance relative est, vous l'avouerez, bien excusable. Où donc, pendant le cours de ses études, un médecin aurait-il pu autrefois se familiariser, même théoriquement, avec la technique de votre spécialité ? Etait-ce à la consultation de l'hôpital, où la thérapeutique consistait, dans tous les cas, à extirper le mal, je n'oserais dire toujours jusqu'à la racine.

Aussi, quand la carie venait à s'attaquer aux molaires de l'homme de l'art,— La garde qui veille aux barrières du Louvre n'en défend pas les rois — grand était son émoi : de nouveaux horizons s'ouvraient alors devant lui ; il devenait conservateur et comprenait les avantages de l'obturation. Sa conversion pouvait être durable s'il ne cherchait que la répartition de dégâts superficiels. S'il avait laissé le mal pénétrer davantage, tout allait encore bien quelque temps, mais bientôt l'événement ne lui faisait que trop souvent regretter d'avoir abandonné les principes radicaux.

Heureux encore si l'établissement d'une fistule providentielle pouvait venir le préserver des fluxions ; mais alors, avec quel soin jaloux fallait-il entretenir le trajet !

Quant à celui qui, par négligence, avait attendu l'apparition des complications pour demander du secours, il n'avait plus à discuter que ce point de thérapeutique : donnerait-on au davier le pas sur la clef de Garengeot ?

Faut-il donc s'étonner après cela si le médecin ne tenait souvent le dentiste qu'en médiocre estime.

Mais vous êtes loin maintenant de ces procédés un peu primitifs ; l'étude méthodique de votre art a singulièrement agrandi le domaine de ses conquêtes thérapeutiques.

Pour être juste envers tous, il faut dire que la lumière est venue de l'étranger, mais, la voie une fois indiquée, votre enseignement a formé toute une jeune génération qui, chaque jour, fait apprécier aux malades la supériorité des méthodes nouvelles.

Les résultats heureux de ce nouvel ordre de choses ne se sont pas fait attendre bien longtemps : les patients sont accourus en foule réclamer vos soins à la Clinique; les diplômés de l'Ecole sont recherchés comme opérateurs dans les cabinets les plus fréquentés ; ceux qui s'établissent en province ou à l'étranger se créent rapidement des clientèles. En un mot, le succès a couronné votre œuvre. Vous avez démontré qu'on peut former des dentistes habiles, en leur donnant simplement une éducation, une instruction spéciale. Les événements se chargeront de prouver, je crois, que cette instruction spéciale est indispensable à quiconque veut se livrer avec succès à la pratique de l'art dentaire.

Pourquoi, jusqu'à ces dernières années, n'a-t-on pas senti la nécessité de former des praticiens instruits et habiles dans votre spécialité ? En voici, je crois, la raison :

Chez le dentiste, la vie du sujet n'est pas en jeu. La nature généreuse a donné à l'homme trente-deux dents ; il en peut donc perdre quelques-unes sans grand dommage ; et puis, disait-on, on a toujours laressource du râtelier.

Quand il s'agit des yeux, au contraire, chacun sait qu'il n'en possède que deux et qu'il ne pourrait voir avec un œil de verre. Aussi ne confie-t-on ces précieux organes qu'à des spécialistes habiles. Le premier praticien venu n'entreprendrait pas, du reste, d'opérer une cataracte ; il lui serait difficile, en cas d'insuccès, de démontrer à son client les avantages de la prothèse.

Eh bien, si l'on peut mastiquer à peu près, à l'aide d'un râtelier, la fonction s'exerce d'une manière plus parfaite à l'aide des organes naturels : il faut donc faire passer avant la prothèse l'étude des moyens qui permettent de conserver l'organe endommagé, et de le remettre en état d'accomplir le travail auquel il est destiné.

Cette étude est longue et délicate, parce qu'à côté de la théorie,

il y a la pratique. Celle-ci réclame un outillage compliqué, une adresse manuelle qui ne s'acquiert que par l'exercice : voilà pourquoi la spécialisation est nécessaire : voilà pourquoi aucun règlement ne pourra remplacer la fréquentation d'une Ecole dentaire conçue dans l'esprit de celle que vous avez fondée.

Nous avons assez parlé des résultats que vous avez obtenus par votre enseignement. Permettez-moi d'exposer rapidement les grandes lignes de votre programme. Sans doute cette question est familière à la plupart de ceux qui me font l'honneur de m'écouter, mais il y a certainement plusieurs de mes auditeurs qui n'ont jamais visité votre Clinique, qui peut-être même ignoraient son existence, avant d'avoir reçu l'invitation d'assister à cette séance. Je ne dirai que peu de chose des circonstances dans lesquelles fut fondée l'Ecole dentaire, œuvre de l'initiative d'un groupe de dentistes qu'animaient le désir de relever en France le niveau de leur art.

Le dentiste n'avait chez nous aucun moyen d'acquérir une instruction spéciale capable de lui permettre la lutte contre la concurrence étrangère : il fallait donc créer une Ecole. On rédigea un programme, on choisit des professeurs, et la plupart de ceux qui avaient pris l'initiative donnèrent l'exemple en s'inscrivant comme élèves; ils avaient compris ce principe, trop souvent méconnu, qu'avant d'enseigner, il faut apprendre soi-même.

Tel fut le début.

Depuis la fondation de l'Ecole, malgré l'importance du programme, chaque année de nombreuses additions ont été faites. Pour ne pas borner l'instruction à la partie mécanique, pour donner à l'élève un ensemble de connaissances générales d'anatomie et de pathologie, des professeurs ont été choisis en dehors de la spécialité.

Les études, avons-nous dit, sont à la fois théoriques et pratiques. La durée en est fixée à trois ans, alors que dans les écoles américaines on n'exige souvent qu'une année d'étude.

La 1re et la 2e année, l'enseignement théorique est général : il a pour but de donner à l'élève les notions générales des sciences dont il doit posséder un aperçu, s'il veut profiter de l'enseignement spécial donné surtout pendant la 3e année.

Cet enseignement de la 3e année comprend l'étude approfondie des connaissances spéciales que le dentiste doit posséder. Quant à l'enseignement pratique, il est donné tous les matins à la Clinique de l'Ecole, sous la direction d'un professeur et des chefs de clinique. Enfin, au cours théorique de prothèse est venu se joindre un cours pratique où l'élève est exercé dans la partie mécanique, qui résumait à peu près autrefois toute la science du dentiste.

Telle est en peu de mots l'Ecole dont nous célébrons aujourd'hui le 8e anniversaire.

Tous mes vœux seront comblés si j'ai pu ce soir inspirer à quelques-uns de ceux qui entendent parler d'elle pour la première

fois le désir de la visiter : je suis certain qu'en apprenant à la connaître, ils en penseront, comme moi, plus de bien que je n'ai pu en dire.

RAPPORT ANNUEL

Présenté par M. Ch. Godon

Secrétaire général

Mesdames, Messieurs,

Après la brillante allocution de notre honorable président, M. le Dr Bourneville, qui, comme législateur, a voulu nous féliciter des résultats que par notre seule initiative nous avons obtenus et nous encourager à continuer nos efforts ;

Après l'excellent discours de notre directeur, M. le Dr David, relatant nos succès et nos espérances ;

Enfin, après l'intéressante conférence du représentant de notre corps enseignant, M. le professeur Faucher, étudiant devant vous la constitution de notre école et de son programme d'enseignement ;

Il me faut, pour quelques instants seulement, réclamer encore un peu de votre bienveillante attention.

Comme secrétaire général, il me reste à vous faire l'énumération des principaux faits de l'année.

Cette tâche, toute modeste, m'est heureusement très facile, car, comme les années précédentes, mon rapport est tout à l'avantage de l'œuvre à laquelle nous consacrons nos efforts.

L'année qui vient de s'écouler a été pour notre Ecole aussi prospère au point de vue matériel qu'au point de vue moral.

Pendant qu'élèves et malades venaient en grand nombre, en suivant la progression ascendante des années précédentes, et que, par suite, nos recettes se trouvaient suffisantes pour couvrir nos dépenses toujours croissantes, la réputation de l'École allait grandissant non seulement en France, mais même à l'étranger.

Deux faits importants, à des titres divers, le prouvent surabondamment.

Un professeur d'une école dentaire américaine, venu en Europe pour visiter nos écoles, rendait compte à ses compatriotes, dans les termes les plus sympathiques, de sa visite à l'Ecole dentaire de Paris ; il terminait par ces mots, que nous nous faisons un plaisir de citer textuellement :

« Après ce que nous avons vu, nous sommes convaincus que les

Français n'ont plus besoin de venir en Amérique pour étudier l'art dentaire (1). »

Cette opinion, des plus flatteuses pour nous, nous a été confirmée par celle que nous ont rapportée cette année nos délégués au Congrès de Washington.

Après un mois d'études consciencieuses et impartiales dans ce pays, qui, il y a peu de temps encore, passait, sinon pour le berceau, au moins pour le centre de l'odontologie, par suite du développement prodigieux dû à ses nombreuses écoles, sociétés et journaux professionnels, nos délégués nous déclaraient qu'ils n'avaient trouvé à nous rapporter que peu de chose de vraiment nouveau et qui n'ait déjà été présenté, étudié, examiné dans notre Ecole ou dans notre Société.

C'est à peine si notre délégué, M. Dubois, trouvait à utiliser le crédit que lui avait si généreusement ouvert le président de notre association, M. E. Lecaudey, pour l'acquisition pour notre école des nouveautés en appareils ou en instruments qu'il pourrait rencontrer.

Ces faits suffisent pour montrer l'influence considérable exercée par l'Ecole dentaire de Paris, pendant ces huit années d'existence, sur la marche de notre art en France.

Ils prouvent que, grâce à sa création, nous avons réussi à mettre nos nationaux en état de lutter contre leurs confrères étrangers les plus réputés.

Ils n'ont plus maintenant à craindre leur concurrence. Bien plus, suivant l'heureuse expression d'un de nos présidents d'inauguration, l'honorable professeur Verneuil, ils peuvent, après avoir arrêté l'importation étrangère, faire à leur tour de l'exportation, comme le témoignent le nombre de nos diplômés pratiquant actuellement à l'étranger.

Il serait heureux dans les branches du travail national, souffrant de la concurrence étrangère, de voir faire les mêmes efforts pour obtenir, sans le concours de l'Etat, de semblables résultats.

C'est à notre groupement professionnel, l'Association générale des Dentistes de France, qu'ils sont dus pour la plus grande part.

Mais aussi, c'est une force nouvelle, puissante et bien féconde que ces sociétés corporatives. C'est à elle que l'on doit, à notre époque, cette renaissance de la vie professionnelle qui favorise l'éclosion et le développement de l'initiative individuelle au bénéfice de tous.

Aussi, nous félicitons-nous de ce que le gouvernement de la République a donné à ces associations, au lieu de la tolérance incertaine de la loi de 1834, une existence légale, par celle du 21 mars 1884 qui nous régit actuellement.

Comme le disait le professeur Brouardel à une inauguration

(1) Voir *The Dental Review*, juin 1887, p. 465.

précédente, ces sociétés corporatives, outre leurs divers avantages, sont des écoles de moralité professionnelle et commerciale plus stricte et plus sévère que la morale légale.

Les infractions, pour n'être pas justiciables des tribunaux, n'en sont pas moins vivement réprimées par des peines toutes morales, mais dont l'influence est indéniable : la mésestime de ses confrères, la radiation de la Société.

La conduite strictement correcte de la presque unanimité de nos diplômés en est la preuve.

Mais si ces associations sont puissantes, elles ne sont pour leurs membres ni oppressives ni injustes, car elles sont toutes établies sur les bases du droit moderne : la liberté et le suffrage de ses pairs.

Il n'y a pas à les comparer aux corporations de l'ancien régime avec leurs jurandes et leurs maîtrises, que la puissante réforme sociale de 1789 a détruites et dont elles ne réclament ni les prérogatives ni les privilèges.

Elles se tiennent pour satisfaites lorsque les pouvoirs publics, les considérant comme les représentants autorisés des professions, les consultent, et tiennent compte de leur avis dans la mesure que comporte le souci de l'intérêt général, chaque fois qu'il y a à prendre une décision qui les concerne.

Nous avons vu, du reste, cette année, dans plusieurs circonstances, les administrations officielles, et notamment le Ministre du Commerce, faire appel à la compétence de notre association sur des questions qui intéressaient notre profession.

Nous voyons aujourd'hui le même Ministre rendre hommage à nos efforts en accordant à notre Ecole une médaille d'or pour les services rendus à la cause de l'enseignement technique.

Il n'en a malheureusement pas toujours été ainsi ; les mœurs démocratiques pénètrent lentement dans nos rouages administratifs imprégnés d'autoritarisme.

Il y a un an, on avait préparé un projet de loi sur l'exercice de la médecine en France, réglementant notre profession, sans que l'on nous ait consultés directement.

N'ayant connu officiellement ce projet, qui nous intéressait pourtant, qu'au moment de son dépôt sur le bureau de la Chambre des députés, nous avons envoyé deux délégués, porter, au nom de notre association notre protestation aux ministres et à la commission parlementaire.

Le ministre d'alors, M. Lockroy, et la commission nous ont reçu avec bienveillance, ont écouté avec attention nos critiques et pris note de nos vœux.

La question n'est pas encore résolue, mais actuellement nous sommes sûrs que lorsque l'heure de la solution aura sonné, si elle sonne, il sera tenu compte de nos aspirations, de nos efforts et de nos résultats.

M. Bourneville, notre honorable président, et l'un des membres de cette commission qui nous a reçus avec un accueil dont nous sommes heureux de lui adresser ici de publics remerciements, vient du reste de nous le confirmer. Si une disposition législative est prise à notre égard, notre école aura servi et continuera à servir encore à en faciliter l'application.

La Ville de Paris, qui ne laisse échapper aucune occasion de montrer sa sympathie pour les œuvres philanthropiques, et qui nous accorde une subvention annuelle depuis 1884, a, cette année, par un vote spécial, engagé l'administration à mettre à notre disposition un local municipal (1).

La Préfecture de la Seine, après des pourparlers, nous a offert les vastes bâtiments de l'ancien collège Rollin, situé derrière le Panthéon.

L'offre était séduisante ; malheureusement nous avons dû refuser. Notre personnel élève est dans des conditions toutes particulières. Il pourvoit, dans la majorité des cas, à ses besoins et quelquefois à ceux de sa famille, tout en venant demander à un travail supplémentaire ce qui lui est nécessaire d'apprendre pour pratiquer avec compétence et dignité. Aussi le proverbe anglais *Times is money* leur est-il applicable. Il l'est aussi à notre personnel enseignant ; malgré l'étendue des locaux qui nous étaient offerts, leur éloignement ne nous a pas permis de les accepter. Notre clinique dentaire gratuite, dont les services quotidiens sont si appréciés des médecins et de la population pauvre de Paris, exigeait également un endroit plus central ; mais le vote du Conseil municipal n'en persiste pas moins. Nous continuons à chercher, d'accord avec l'administration, parmi les locaux municipaux, celui qui pourrait nous convenir.

Il nous restera toujours la facilité de recourir encore une fois, comme nous l'avons fait jusqu'à ce jour, à nos propres ressources, si c'est nécessaire.

Le gouvernement, malgré les récentes marques de sympathie qu'il a accordées à notre Société et à quelques-uns de nos professeurs, de nos administrateurs, à notre directeur, ne nous a pas encore donné la reconnaissance d'utilité publique que nous sollicitons.

Sans nous exagérer l'importance de cette mesure, néanmoins il en résulterait pour notre Ecole certains avantages qui en assureraient la stabilité et la durée, notamment le droit de recevoir des dons et des legs.

Certains de nos confrères, certains de nos malades même peuvent désirer à leur dernier moment manifester leur sympathie à l'œuvre, en lui faisant une place dans leur testament. L'Ecole dentaire de Leipsick à été fondée grâce à un legs important qu'avait laissé dans ce but un malade reconnaissant : il n'est pas

(1) Voir *Bulletin municipal* de décembre 1886.

impossible que cet exemple, quoique venant d'Allemagne, ne soit suivi en France.

Nous espérons donc que cette consécration nous sera accordée prochainement.

Il est inutile, je crois, de vous dire que notre corps enseignant, qui nous a aidé à créer notre programme a, comme les années précédentes, rempli sa tâche avec un zèle et un dévouement dont nous lui sommes toujours reconnaissants.

Malheureusement l'un de ces collaborateurs dévoués, le Dr Gérard, qui apportait son concours à notre institution depuis cinq ans, a dû nous quitter.

Appelé à la chaire de botanique à la Faculté des sciences de Lyon, nous l'avons vu partir avec regret, tout en nous réjouissant pour lui de cet avancement.

Ne voulant pas cependant le laisser nous quitter complètement, nous l'avons nommé professeur honoraire.

Pour le remplacer, il nous a présenté un de ses collaborateurs à l'Ecole supérieure de pharmacie, M. Simonet, dont nons avons pu apprécier pendant l'année l'égal dévouement. Notre corps enseignant a fait encore une nouvelle et heureuse recrue dans la personne de M. L. Serres, que je dois vous présenter. Ancien élève de l'Ecole polytechnique, il est actuellement professeur de sciences à l'Ecole J.-B. Say.

Il va combler une des dernières lacunes de notre programme en organisant pour la prochaine année scolaire des conférences de mécanique appliquée.

Notre enseignement clinique a subi quelques perfectionnements inspirés par la pratique journalière. Les méthodes, les procédés nouveaux, sitôt expérimentés, viennent y prendre leur place. Nous en avons complété également le personnel. Deux postes de chefs de clinique étaient vacants. Ils viennent d'être remplis par la nomination, après concours, de MM. Papot et Legret, deux de nos anciens diplômés, devenus démonstrateurs et qui, dans des fonctions diverses, toujours remplies avec le même dévouement, ont depuis longtemps servi l'Ecole.

Le concours a été des plus satisfaisants et le choix du jury a été difficile; nous espérons que les candidats qui n'ont pu être nommés attendront patiemment de nouvelles vacances en continuant à se préparer.

Comme on peut le voir, nous sommes toujours fidèles au programme que nous nous sommes fixé dès le début, alors que nous nous imposions à nous-mêmes les examens que nous voulions exiger des autres.

Les postes de l'enseignement s'obtiennent au concours sans partialité ni faveur.

Nous repoussons le choix que nous voyons encore employé

dans une circonstance récente par quelques administrations officielles.

La porte reste ouverte aux plus travailleurs. Il en résulte une émulation dont l'influence se fait toujours sentir dans nos réunions scientifiques mensuelles, par des communications et des travaux intéressants qui dénotent la vitalité de notre groupe.

Aussi, invités au Congrès international des sciences médicales tenu cette année à Washington, notre société a pu s'y faire dignement représenter. Nous devons féliciter nos deux délégués, MM. Dubois et Kuhn, de leur dévouement en cette circonstance. Il a permis à notre Ecole de tenir avec honneur sa place dans cette fête scientifique. C'est un début; nous nous préparons maintenant pour la prochaine Exposition universelle de 1889.

Deux de nos membres, dont notre directeur, font déjà partie des commissions officielles d'organisation.

Ils vont pouvoir nous aider à participer à cette grande lutte pacifique du travail.

Nous organisons pour cette époque un Congrès de dentistes dont nous avons pris l'initiative.

Déjà nos délégués ont invité officiellement nos confrères des Etats-Unis.

Nous espérons pouvoir montrer à nos confrères étrangers les progrès considérables réalisés par l'art dentaire français et auxquels notre école aura tant contribué. Nous avons instruit plus de quatre cents élèves; cent trente ont obtenu notre diplôme de fin d'études déjà connu en France sous les initiales D. E. D. P. Ce nombre s'augmentera encore. Cette année, nous avons eu quatre-vingt-dix élèves, dont quarante-neuf ont subi avec succès les examens.

Dix seulement ont été diplômés. La différence entre le chiffre des élèves et celui des diplômés montre combien nos professeurs tiennent, par une sage sévérité à l'examen, à exiger des preuves sérieuses de savoir pour décerner le diplôme. Les élèves ont du reste toute facilité pour s'instruire et travailler.

En dehors du programme que nous augmentons tous les jours, le nombre des malades à la Clinique est de plus en plus abondant. L'administration a dû limiter à cinquante le chiffre des nouveaux malades à recevoir par jour, ce qui fait encore pour une année près de vingt mille.

Aussi, avec de pareils éléments de travail, les études ont-elles été très sérieuses et, d'une façon générale, les examens fort satisfaisants.

Nous sommes heureux de donner à nos lauréats une série de prix que nous devons à la générosité de notre président de l'Association, M. Lecaudey, (prix annuel), et de quelques-uns de nos fabricants, MM. Ash and Sons, de Londres, Gray and Son, de Sheffield, Cornelsen et Simon, de Paris, auxquels nous adressons publiquement nos remerciements.

C'est lundi prochain la réouverture des cours ; une nouvelle année scolaire, la huitième, va commencer ; notre corps enseignant est au complet, notre programme d'études augmenté, nos méthodes perfectionnées, les élèves déjà nombreux ; souhaitons-leur le zèle et l'ardeur de leurs aînés, pour qu'à la fin de leurs études ils puissent, par leur valeur professionnelle, prendre avec honneur place dans la jeune phalange de nos diplômés et concourir avec eux au progrès et au renom de l'art dentaire français.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Année scolaire 1886-1887

RÉSULTATS DES EXAMENS

PREMIÈRE ANNÉE

Session de Juillet MM.		Session d'Octobre MM.	
D'Argent, Jules	52 3/4	Dufort, Fénélon	35 1/2
Rodolphe, Edouard	47 3/4	Fabre, Marius	34
D'Almen, Isaac	44 3/4	Diochon, Charles	33 1/2
Svendsen, Sigurd	43 1/2	Douhet, Arthur	31 1/4
Chamblard, Marie (Mlle)	43	De Flaugergues, Henri	31 1/4
Arlet, Albert	42		
Zamkoff, Michel	41 1/4		
Devoucoux	36 3/4		
Chanaud, Jean	32 3/4		
Lafuy, Emile	32 3/4		
Montagne, Charles	31		

DEUXIÈME ANNÉE

Session de Juillet MM.		Session d'Octobre MM.	
Guérin, Emmanuel	50 1/2	Chateau, Alfred	42 1/4
Sauvez, Emile	46	Douhet, Jules	41 1/2
Billet, François	45 3/4	Suchet, Maurice	39 3/4
Pombet, Joseph	45 3/4	Certonciny, Jules	38 1/4
Bohl, Léon	45	Ernous, Marcel (Dr)	X (*)
De Croës, Louis	45		
Chouville, Louis	44 1/2		
Martinier, Georges	44 1/2		
Capdeville, Jean	44		
Breyer, Charles	42		
Chemin, Félix	41 1/2		
Burguisser, Auguste	41 1/4		
Houdié, Julien	40 3/4		
Bertrand, Ernest	40 1/2		
Adnot, Joseph	40 1/4		
Houbriet, Victor	39 3/4		
Loup, Albert	39 3/4		
Bocquillon, Jules	39		

(*) Dispensé des épreuves théoriques comme docteur en médecine.

TROISIÈME ANNÉE

MM.		MM.	
Willer, Jules-Adrien...	105 3/4	Delion, Marie (Mlle)...	89 1/2
Denis, Emile	100 1/2	Touchard, Fernand....	84
Thioly, Benjamin.....	90 1/2	Houbriet, Charles.....	80 3/4
Gedon, Félix..........	88 1/4		
Nolda, Otto...........	87 1/2		
Choquet, Jules........	86 3/4		
Weicenblut, Adèle (Mlle)	81 1/4		

En conséquence, MM. Choquet, Denis, Gédon, Ch. Houbriet Nolda, Thioly, Touchard et Willer, Mlles Delion et Weicenblut son proclamés diplômés de l'Ecole Dentaire de Paris.

PRIX

M. Willer, Jules-Adrien, ayant obtenu 105 points 3/4 à l'examen général, il lui est décerné la médaille de vermeil et un prix offert par MM. Ash and Son, de Londres (d'une valeur de 100 fr.).

M. Denis, Emile, ayant obtenu 100 points 1/2, à l'examen général, il lui est décerné la médaille d'argent et un prix offerts par M. Gray and Son, de Sheffield (une trousse contenant 16 daviers).

PRIX DE CLINIQUE

Les élèves dont les noms suivent, s'étant fait remarquer par leur assiduité et leur travail à la clinique, ont obtenu le prix de clinique. Ce sont :

Pour la troisième année, M. Thioly, Benjamin : une trousse de 12 daviers, offerte par M. Simon, de Paris ;

Pour la deuxième année, M. Guérin, Emmanuel : un livre, *les Anomalies de Magitot*, offert par M. E. Lecaudey ;

Pour la première année, M. Svendsen, Sigurd : une trousse d'instrument (maillet automatique), offerte par M. Cornelsen, de Paris.

REVUE DE L'ÉTRANGER

PERFECTIONNEMENTS D'UN MOTEUR A EAU POUR LE TOUR DENTAIRE

Par Gurnell Hammond, L. D. S., *ingénieur*

Comme nous avons tout intérêt à connaître les meilleurs moyens de fonctionnement de nos tours à fraiser, je voudrais attirer dans cet article l'attention sur quelques perfectionnements apportés à un petit moteur à eau employé dans la chirurgie dentaire, en même temps que sur une invention que j'ai imaginée pour mettre en mouvement, arrêter et régler la vitesse de 100 à 4.000 rotations par minute et enfin sur un simple bras vertical par lequel

j'ai eu l'idée de joindre le moteur au bras du tour. Grâce à ce dernier système, le plus grand mouvement latéral peut être obtenu, beaucoup plus grand, je crois, qu'avec aucun des autres appareils fixes en usage jusqu'à présent, et le moteur peut être employé des deux côtés du fauteuil. J'en ai fait un usage constant depuis plus de deux ans ; il n'a jamais manqué une seule fois et il n'est jamais survenu le plus petit accroc dans son fonctionnement pendant ce laps de temps.

Après avoir essayé pendant les dix ou douze dernières années tous les petits moteurs (y compris les appareils à vapeur et à air chaud), après avoir dépensé beaucoup de temps et d'argent avec les dynamos et les batteries élémentaires, et même après avoir fait ou essayé presque toutes les machines électro-motrices et piles voltaïques connues, avec plus ou moins de succès (généralement avec peu), à cause du dérangement, des frais et de l'incommodité résultant de la fumée, etc., je me suis décidé à tourner de nouveau mon attention vers l'eau. Apprenant que MM. Ash venaient de construire un petit moteur à eau pour mettre en mouvement le tour dentaire, je ne perdis pas de temps pour m'en procurer un, mais je trouvai que, comme d'habitude, il ne répondait pas tout à fait à mon attente, car, quoique ce fût un moteur petit, simple et délicat, il n'y avait pas moyen de contrôler sa vitesse ou de le joindre d'une façon satisfaisante au bras du tour dentaire.

Je trouvai aussi que la pression de l'eau d'un réservoir placé au sommet d'une très haute maison n'était pas suffisante pour lui faire produire le travail très difficile qui est nécessaire quand il s'agit d'enlever de l'émail dur et que c'était, comme tous les autres moteurs, une « machine à coudre » insuffisamment forte pour des opérations dentaires.

Cependant j'obtins que la Compagnie des eaux me fournît une provision spéciale — à pression constante — provenant du gros conduit et j'élargis légèrement le trou du jet, de sorte que je réussis à obtenir une force suffisante.

Il n'y avait encore aucun moyen de régler la vitesse, si ce n'est au moyen d'une vis ordinaire qui, bien entendu, ne pouvait convenir, de sorte que je fis une petite valve ovale s'adaptant exactement au côté opposé du trou du jet, ainsi que le montre la fig. 1. Je limai bien cette valve et la fixai à une longue tige d'acier que je fis passer à travers une boîte à étoupe dans une petite chambre en forme de T placée dans le tuyau d'entrée du moteur (voir fig. 1). Cette tige va et vient, ouvrant ou fermant l'ouverture — et contrôlant ainsi exactement la quantité d'eau lancée sur la roue — au moyen d'un système de leviers joints par une tige verticale mue par un axe coudé qui est sur le sol. Cet axe coudé (voir fig. 1) est à l'extrémité d'un arbre horizontal qui passe sur le côté droit du fauteuil et porte deux petites pédales.

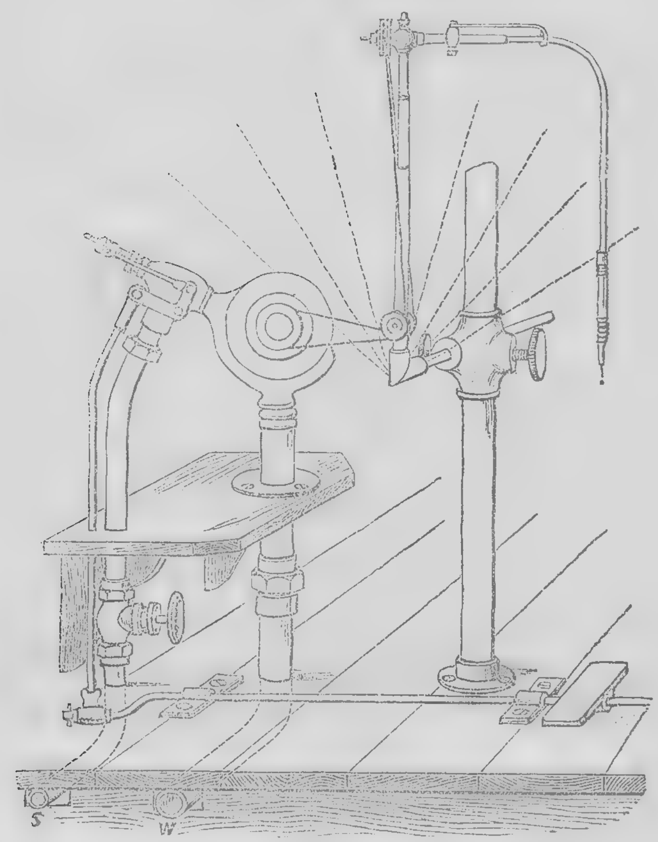


Fig. 1.

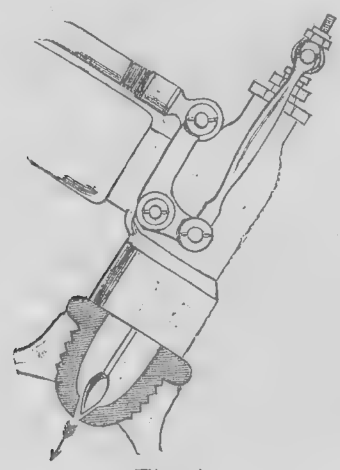


Fig. 2.

L'endroit le plus convenable pour ces pédales est d'en placer une de chaque côté du fauteuil, de sorte que le mouvement de déplacement le plus léger du pied de l'opérateur mettra d'un coup en mouvement, arrêtera ou réglera la vitesse avec la plus grande exactitude. Les pédales (et par conséquent la valve) demeurent immobiles dans une position quelconque quand le pied est enlevé, de sorte que l'appareil peut être laissé en mouvement ou non à volonté, sans qu'on y fasse plus attention.

Le bras vertical qui porte le bras de la machine de Withe (avec une roue légèrement plus grande) est muni d'un ressort en spirale à l'extrémité de l'articulation, pour maintenir la poulie éloignée du moteur au même degré de tension, quand le bras montant avec les petites roues est amené dans l'une quelconque des positions indiquées par les lignes pointillées de la fig. 1. Ce bras-appui est courbé à angle droit et passe à travers un écrou double où il est maintenu en position par une vis mobile, de telle sorte que l'appareil puisse être employé des deux côtés du fauteuil, et, du reste, on peut le mettre dans une position presque horizontale permettant d'employer l'excavateur à peu près verticalement, direction qui est quelquefois très utile pour les dents supérieures et qui ne peut être obtenue par aucun autre des bras que j'ai vus.

L'écrou double ci-dessus mentionné est fixé à un pilier vertical supportant ma table à tasseaux du côté gauche du fauteuil; j'en ai fait une très simple que je préfère à toute autre. Le petit tuyau avec une vis au-dessus du moteur est une pompe à salive qui y est fixée.

REVUE DES SOCIÉTES SAVANTES

M. J.-V. Laborde a fait la communication suivante à la Société de Biologie dans la séance du 15 octobre 1883.

Etant donné l'importance du sujet, nous la reproduisons *in extenso*.

DE L'ACTION DE LA COCAÏNE ET DE SES DANGERS DANS CERTAINES DE SES APPLICATIONS PRATIQUES LES PLUS VULGAIRES

Il me paraît utile de revenir et d'insister sur les dangers que peut faire courir la cocaïne, à la suite de certaines de ses applications les plus vulgaires, dangers que j'avais prévus et signalés dès le début de mes recherches expérimentales sur cette substance, en déterminant et faisant connaître ses effets toxiques. J'avais en effet, dès cette époque, recommandé une certaine circonspection dans les doses employées surtout en injection sous-cutanée, ou, ce qui revient au même, en appli-

cations locales à la surface d'une plaie, où d'une muqueuse, ou peuvent exister des érosions, des dénudations épithéliales qui favorisent plus ou moins la rapidité de l'absorption.

Des cas assez nombreux, — et je ne parle que de ceux qui ont été publiés, — d'accidents, parfois d'une réelle gravité se sont produits, qui ont pleinement justifié nos appréhensions. Je ne ferai pas ici le relevé, que ne saurait, d'ailleurs, comporter cette simple note, de ces cas qui ont été principalement observés à l'étranger, notamment en Angleterre et en Amérique ; je désire seulement y ajouter et faire connaître, parmi les faits parvenus à ma connaissance, le suivant, d'autant plus digne d'attention et d'intérêt qu'il concerne un de nos plus honorables et des plus savants collègues, que l'on me permettra de ne pas désigner autrement.

Etant allé chez un dentiste pour se faire arracher une dent, ce dernier, dans le but d'atténuer ou d'éviter la douleur, crut devoir introduire sous la muqueuse gingivale, comme cela se pratique fréquemment, en pareil cas, du chlorhydrate de cocaïne : la dose fut de *cinq* centigrammes de principe actif.

Or, quelques instants après, le patient fut pris d'accidents d'une gravité telle, qu'il resta pendant plusieurs heures dans un état voisin de la mort.

Pâleur excessive, refroidissement général, état syncopal, angoisse précordiale avec sentiment d'une fin prochaine, collapsus et impotence musculaires, telle fut la situation persistante de notre collègue, malgré tous les moyens immédiats employés, qui furent surtout ceux que l'on dirige habituellement contre la syncope.

Ce ne fut qu'au bout de plusieurs heures qu'il vit s'atténuer ces accidents, sans les voir disparaître, toutefois, complètement, car il n'avait pas encore récupéré son état normal, le lendemain, où il vint ici même, à la Société, me conter son cas, me demander ce que j'en pensais et ce qu'il conviendrait de faire comme traitement immédiat, en pareil occurrence.

Et d'abord, notons que ces accidents qui, au degré d'intensité près, sont ceux qui ont été habituellement observés, à la suite d'intoxication semblable, reproduisent exactement le tableau expérimental que j'ai tracé de l'action toxique de la cocaïne, tableau symptomatique qui succède à la première période, ou période d'hyperexcitation neuro-musculaire et psychique de cette action, et qui constitue la phase de collapsus paralytique, avec troubles graves du fonctionnement respiratoire et cardiaque; troubles dont l'expression *maxima* est l'arrêt momentané (syncope) ou définitif du cœur, sous une influence bulbaire prédominante.

Le traitement immédiat de ses accidents se tire de leur nature même : tous moyens locaux ou généraux, capables d'exciter et de relever les fonctions languissantes du cœur et le mécanisme respiratoire, c'est-à-dire les stimulants appropriés de toute sorte, au nombre desquels nous placerions volontiers, et au premier rang, les injections sous-cutanées d'éther.

Mais le mieux, sans contredit, c'est de se tenir en garde contre la possibilité de pareilles éventualités : c'est surtout dans ces vulgaires applications de la cocaïne que gît le danger, car il y a là, je le répète, des conditions imprévues d'absorption, qui constituent un danger toujours imminent, et d'autant plus à redouter que, malgré les enseignements et les avertissements de l'expérimentation, l'on s'est fait une

fausse idée de l'innocuité de cette substance, et que, depuis surtout que le prix en est abaissé, l'on ne marchande plus avec les doses.

J'espère que cet avertissement nouveau, avec des preuves aussi significatives à l'appui, portera ses fruits et rendra nos confrères plus circonspects dans l'emploi et surtout dans le dosage de la cocaïne.

Le dossier de la cocaïne n'est pas encore bien établi. Nous avons besoin, pour le faire, d'observations complètes et détaillées. On sait que nous ne sommes pas de ceux qui proclamons l'innocuité absolue de la cocaïne et nous avons mis plusieurs fois nos confrères en garde contre les engouements qui saluèrent son apparition. Nous regrettons qu'il n'ait pas été possible de donner plus de détails sur le cas dont parle l'éminent physiologiste : antécédents du patient, particularités de l'opération, provenance de la cocaïne, nature du véhicule. Si le confrère qui a opéré pouvait nous donner quelques détails complémentaires, même sous forme de l'anonymat, ou à titre confidentiel, nous en serions mieux éclairés.

La cocaïne a provoqué des accidents graves, malheureusement Mais jusqu'ici nous n'en connaissions pas à la charge des dentistes. Qu'aurait-on dit si l'un de nous avait employé une dose comme celle qu'injecta ce pauvre professeur Kolomine. A la dose de cinq centigrammes, nous pourrions réunir des milliers d'observations heureuses ; cela n'infirme en rien le récit du membre de la Société de Biologie qui a subi les accidents dont parle M. Laborde. Mais puisque le cas est exceptionnel et qu'on peut avoir, étant donnée la science du malade, des détails circonstanciés, il serait désirable qu'ils fussent connus.

D'autre part, la note ci-dessous montre que tous ceux qui ont étudié la question ne partagent pas les préventions de M. Laborde.

Note a propos du mode d'action de la cocaine, par M. H. Chouppe

La communication faite par M. Laborde dans la précédente séance, à propos de certains accidents dus à la cocaïne, m'a engagé à soumettre aujourd'hui à la Société quelques remarques, au sujet de l'action de cet alcaloïde. Tous nous savons que chez certains sujets la cocaïne a été, même par la voie hypodermique, adminstrée à doses bien plus fortes que celle emplsyée dans le cas de M. Laborde et cela sans aucun accident. Je citerai par exemple un sujet qui, sous l'influence d'une dose de 20 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne en injection hypodermique, éprouvait à peine quelques nausées et de l'angoisse précordiale. L'expérience fut renouvelée plusieurs fois et toujours avec les mêmes effets. Si j'ai signalé un cas entre mille peut-être, c'est uniquement pour rappeler qu'il existe ici ce qu'on nomme des susceptibilités individuelles. A quoi tiennent-elles ? Quelles sont les conditions qui font que certains sujets supportent sans inconvénients des doses toxiques pour d'autres ? Jusqu'ici les renseignements sont vagues non seulement pour la cocaïne, mais pour bien d'autres substances actives. J'ai entrepris à ce sujet quelques expériences dont je ne puis encore donner les conclusions, mais dont j'ai voulu dès aujourd'hut indiquer le but dans l'espoir qu'une étude clinique dss sujets soumis

à la cocaïne, en ce qui concerne chaque particularité individuelle viendra m'aider dans les recherches que je fais.

(*Société de Biologie*).

Notre confrère, M. Bugnot, a publié dans *La Normandie médicale*, des réflexions intéressantes sur le même sujet ; il a comparé la toxicité des solutions de cocaïne, selon qu'elles sont récentes ou anciennes ; ces dernières se sont montrées à dose égale beaucoup plus toxique. Cela confirme que la préparation extemporanée est une condition d'innocnité, d'aseptie de l'injection et nous ne saurions trop la recommander à ceux qui font usage de la cocaïne.

MISCELLANEA

I. Le noma. — II. Mort à la suite d'extraction de dents. — III. Evolution du champignon du muguet. — IV. Coloration des dents par les Tonkinois. — V. Extraction d'une dent, pesant 475 grammes, chez un cheval.

LE NOMA

Hôpital des Enfants Malades

Clinique de M. le Professeur GRANCHER

Le *Bulletin Médical* du 16 octobre nous fait connaître une excellente leçon de M. Grancher sur cette grave et exceptionnelle affection.

Le professeur fait tout d'abord connaître la statistique des cas de noma observés à l'hôpital des enfants pendant ces dix dernières années.

En 1876, 3 cas de noma, 3 morts.
En 1877, 2 cas » 2 morts.
En 1878, pas de cas.
En 1879, 2 cas de noma, 2 morts.
En 1880, 3 cas » 3 morts.
En 1881, 4 cas » 4 morts.
En 1882, 2 cas » 2 morts.
En 1883, 4 cas » 4 morts.
En 1884, En 1885, En 1886 } pas de cas.
En 1887, notre cas, terminé par la mort.

En résumé, nous voyons qu'en dix ans, il y a eu à l'hôpital des Enfants malades 21 cas de noma, tous terminés par la mort. Nous avons négligé dans cette statistique un cas observé en 1887 et classé sous la rubrique ulcéro-gangréneuse; s'agissait-il d'un véritable noma? n'était-ce pas plutôt une stomatite ulcéro-membraneuse un peu plus profonde? nous l'ignorons. Il est possible aussi que quelques cas aient

échappé, mais il n'en reste pas moins établi par ces chiffres que si le noma est une affection rare et de plus en plus rare, il est aussi excessivement grave et presque toujours mortel.

Un autre fait, que ne montre pas ce relevé, mais qui ressort nettement de l'examen du petit Richard, surtout lorsque je le compare aux cinq ou six cas que j'ai pu observer pendant mon année d'internat chez M. Bouchut, en 1869, c'est l'atténuation des symptômes, même dans les cas mortels. Notre première observation n'est, en effet, qu'une image atténuée du noma.

Le noma débute en général à la face interne de la joue ou sur la lèvre inférieure par une phlyctène qui crève bientôt et laisse à sa place une ulcération indolente, grise, à fond mou, putrilagineux; en même temps survient une tuméfaction œdémateuse de la joue qui est parfois, comme dans notre cas, le premier symptôme. La peau se gangrène du 3e au 6e jour, elle est rouge, luisante, puis violette et noire en un point. La salivation est abondante, sanguinolente, mêlée de lambeaux gangrénés de la muqueuse. L'état général, qui peut rester exceptionnellement assez bon, est habituellement cachectique, mais il y a peu de réaction fébrile. La gangrène de la bouche n'est d'ailleurs pas la seule que l'on observe; elle peut s'accompagner d'autres gangrènes, de gangrène vulvaire par exemple. La marche des accidents est quelquefois foudroyante et en 48 heures l'escarre perfore la joue, envahit le nez, les paupières, le menton, le cou, les gencives, la langue, les dents, les maxillaires eux-mêmes; il n'y a plus qu'une énorme cavité horriblement fétide et pleine de putrilage qui permet à l'œil de plonger jusque dans le pharynx. La mort survient bientôt soit par épuisement ou infection, soit par quelque complication : gastro-entérite et diarrhée, broncho-pneumonie, hémorragie, etc.

Cette influence pathogénique considérable de la débilité organique sur la production de la gangrène de la bouche, influence dont la notion a conduit à de si brillants résultats thérapeutiques, ne saurait certainement pas être mise en doute par la médecine moderne, et tout le monde admet que la question de terrain est ici prédominante. Ne sait-on pas d'ailleurs que certaines affections, une périostite alvéolo-dentaire par exemple, absolument bénigne chez un sujet sain, peuvent dans certaines circonstances, chez les femmes en couches, chez les grands convalescents, les grands blessés, devenir le point de départ d'accidents graves, d'infection purulente. De même un microbe banal, inoffensif pour un homme sain, peut chez un diabétique devenir une cause de suppuration et de gangrène. Eh bien, dans le noma, c'est la rougeole qui prépare le terrain, en déprimant l'organisme, qu'il y ait ou non défibrination du sang comme on le prétendait autrefois sous l'influence des recherches d'Andral et de Gavarret; mais elle ne fait que préparer le terrain et il faut chercher ailleurs la cause de la gangrène et de sa localisation à la joue.

Sans doute il peut se faire une gangrène vulvaire, sans doute le sphacèle peut envahir la peau, mais c'est surtout à la bouche qu'on le rencontre; quelle en est la raison ? Nous avons vu que Rilliet et Barthez avaient constaté l'oblitération des artères dans six cas de gangrène; il y avait également oblitération artérielle dans une observation de Sostrat (Thèse 1872). Mais cette oblitération vient-elle s'ajouter à la débilité générale pour produire la gangrène, précède-t-elle cette gangrène ou bien est-elle concomitante ? Morse (*New-*

York méd. Rec. 1885) rapporte l'histoire d'un enfant de onze ans, sain jusqu'alors, ne présentant aucun antécédent morbide, n'ayant jamais eu aucune maladie, et suivant une bonne hygiène. Cet enfant vient le consulter pour des douleurs vives, lancinantes, de la joue, et, en se fondant sur ce seul signe, Morse diagnostique un noma. Et en effet, la joue se gangrène rapidement, une hémorragie se fait dans l'escarre et l'enfant meurt. Morse n'a-t-il pas eu dans ce cas, affaire à une oblitération vasculaire déterminant la douleur vive dont se plaignait son petit malade, comme cela se passe pour les oblitérations vasculaires dans les membres, et cette oblitération n'a-t-elle pas été la cause de la gangrène ? La chose est possible, mais rien ne nous autorise à l'affirmer, et pas plus ce fait que ceux de Rilliet et Barthez et de Sostrat ne sont suffisants pour nous permettre d'établir une relation de cause à effet entre l'oblitération vasculaire et le noma.

Puis le professeur examine l'influence des autres causes locales, absence de mouvement, et enfin l'intoxication par les micro-organismes venus du dehors, ou préexistants dans l'organisme et, ne trouvant pas de preuve expérimentale de l'origine microbienne de la maladie, il se réume ainsi.

Si nous voulons résumer nos connaissances étiologiques sur le noma, nous dirons donc que la débilité générale due à la rougeole, que la débilité locale due à la compression par le décubitus, préparent le terrain sur lequel viendra se développer soit le micro-organisme venu du dehors, soit un micro-organisme de la salive. Quant à la nature de ce micro-organisme, quant à sa spécificité ou à sa non spécificité, nous devons avouer notre ignorance. Mais il est un fait certain et sur lequel la médecine moderne est parfaitement d'accord avec la mé-ecine d'il y a 30 ou 40 ans, c'est que le terrain joue un rôle absolument prépondérant dans la pathogénie du noma.

C'est pourquoi nous combattons cette affection par les mêmes moyens thérapeutiques qu'on employait à cette époque, moyens thérapeutiques entièrement conformes à la clinique, et qu'avec Rilliet et Barthez nous résumerons dans ces trois mots : alimentation, aération, propreté.

MORT A LA SUITE D'EXTRACTION DE DENTS

Cet accident vient de se produire aux Etats-Unis, à Sparta, dans le comté de Hancoch-Géorgie. La patiente s'était fait arracher dix-sept dents par un dentiste de passage, qui se dit inventeur d'un liquide anesthésique, « l'Electro-Dentos », qui agit localement par application entre les mors du davier. Ce grand traumatisme l'avait rendu malade et, la nuit suivante, elle mourut. L'opérateur affirme que son topique est sans danger.

Le *Dental Luminary*, qui nous fait connaître cet événement, ne dit pas s'il y a eu autopsie et si on soupçonne d'autres causes de la mort de cette dame.

ÉVOLUTION DU CHAMPIGNON DU MUGUET,

Par M. AUDRY.

A côté de conclusions un peu théoriques, ayant trait à la classification scientifique du Muguet dans l'échelle des êtres, nous

extrayons du travail de M. Audry les déductions pratiques suivantes :

« Le saccharomyces albicans, semé à la surface de milieux solides neutres ou alcalins, y a parfaitement végété, et ce, aussi bien que sur les milieux acidifiés. Ceci tend à diminuer l'importance qu'on attribue, depuis Gubler, etc., à l'acidité de la bouche dans sa production.

« Cette acidité doit être réelle, ayant été constatée par le plus grand nombre des cliniciens. Est-elle cause ou effet ?

« M. Audry n'a fait aucune recherche concluante à cet égard ; mais il fait remarquer que ses bouillons de culture, qui sont neutres à l'état de pureté, deviennent légèrement acides.

« Le Muguet se développe très bien sur des milieux glycérinés, mais non sur la glycérine pure.

« Enfin, les bouillons ensemencés, auxquels on ajoute du borax, restent limpides ; d'où il suit que l'emploi du borax dans le traiment du Muguet est parfaitement justifié. »

(*Revue de Médecine*, — juillet.)

COLORATION DES DENTS CHEZ LES TONKINOIS

Les Tonkinois, de même que les Annamites de la Cochinchine, se font honneur de teindre leurs dents en noir. Ces dents noires, dont la teinte ressort sur le rouge des lèvres colorées par le bétel, donnent à la physionomie un aspect singulier et repoussant. Les dents blanches pour eux sont des dents de chiens. Cette coloration ou laquage des dents se pratique, pour les deux sexes, à l'âge de la puberté et s'obtient par l'emploi de deux drogues indispensables : une solide, grise, pulvérulente, semblable à nos poudres dentifrices ; une autre liquide, d'un noir violet. Le mode d'emploi est assez compliqué : nettoyer avec soin les dents avec un morceau de charbon de bois enveloppé d'un linge sec ; ensuite les frotter avec une tranche de citron ; prendre le magma noir, en étendre une couche assez épaisse sur un morceau de feuille de bananier, coupé de façon à recouvrir les deux arcades dentaires, et l'appliquer sur les dents. (La même opération se répète deux fois par nuit et pendant trois nuits de suite.) Le quatrième jour, alors que les dents sont bien noires, on met dans un vase plat de l'huile, que l'on ne doit cesser de regarder sous aucun prétexte, tandis que l'on se frotte les dents avec de la poudre grise.

Pendant tout le temps que durent ces opérations, il est expressment recommandé de ne pas sortir, de rester couché, les rideaux fermés, la bouche close ; car si, pendant ce temps-là, les dents étaient vues par quelqu'un, elles blanchiraient, sinon immédiatement, du moins très peu de temps après.

MONDIÈRE.

Extraction d'une dent pesant 475 grammes, chez un cheval, par le professeur A. Degive

Une irritation chronique de la pulpe dentaire peut donner lieu à la prolifération de la racine dentaire dans des limites très variables.

Lorsque cette hypertrophie porte sur une des trois arrière molaires supérieures, elle amène la formation d'une tumeur, d'un odontome, acquérant parfois un volume assez considérable. On peut deviner les troubles organiques et fonctionnels que celle-ci doit entraîner dans les sinus maxillaires, dans les cavités nasales et sur la face.

Ces troubles peuvent devenir assez prononcés pour rendre nécessaires l'extraction de la tumeur et de la dent qui lui sert de soutien.

Les cas de cette nature sont assez rares, ce me semble, et partant assez peu connus pour qu'il y ait quelque intérêt à relater celui qui s'est presenté naguère à notre observation.

Vers la fin de mai 1886, M. Bruyère, *médecin vétérinaire* à Rebecq, est appelé à voir un cheval hongre, de gros trait, âgé de sept ans; sous poil ruan, mesurant 1 mètre 62 centimètres à vue, appartenant au sieur Toubes Félicien, fermier à Bierghes. Ce cheval avait été acheté récemment à la foire de Blache.

Dès le moment de son acquisition, il présentait déjà les symptômes constatés par M. Bruyère : jetage muqueux assez abondant par le naseau droit, léger engorgement ganglionnaire et tuméfaction extérieure assez prononcée, apparemment due au soulèvement de la paroi du sinus maxillaire, du même côté.

M. Bruyère se croit en présence d'une réplétion desdits sinus occasionnée par une inflammation chronique de la muqueuse qui en tapisse les parois.

Quelle n'est pas sa surprise, en pratiquant une trépanation sur la région malade, de ne pas rencontrer de cavité, et de voir adhérer la rondelette sectionnée sur une base dure, osseuse, très résistante remplissant le sinus correspondant!

Il reconnaît que l'inflammation des sinus est ici compliquée d'une hyperplasie prononcée des os environnants.

Prévoyant un traitement de longue durée et jugeant le cas très intéressant pour l'enseignement clinique de nos élèves, il eut l'excellente idée, dont nous lui sommes reconnaissant, de l'envoyer à l'hôpital de l'école de Cureghem.

Outre la déformation sensible de la face, le jetage et le glandage susmentionnés, nous avons observé une oblitération de la cavité nasale droite; le passage de l'air y était complètement insensible.

Du même côté, nous avons constaté que l'avant-dernière molaire était plus courte et plus douce au toucher que ses voisines.

Cette sensation nous remémora les observations faites par Gunther au sujet des modifications que subit l'émail lors des altérations anciennes de la pulpe dentaire.

En se modifiant, cette substance perd une partie de sa résistance et subit dès lors une usure égale à celle de l'ivoire, de manière qu'il devient parfois impossible de la distinguer de celui-ci, sur la table dentaire, par le secours du toucher seul.

Considérant l'unilatéralité du jetage, l'état de l'avant-dernière molaire, l'oblitération de la cavité nasale et du sinus maxillaire inférieur du même côté, j'estime que l'inflammation des deux sinus maxillaires

est compliquée d'une altération ancienne de la racine dentaire et de l'os sus-maxillaire correspondant.

Assisté de M. Bruyère, je procède à une nouvelle trépanation, que je place sur le sinus maxillaire supérieur, un peu au-dessus de la première résection, autant que possible dans la direction de la dent molaire altérée.

Je découvre ainsi une cavité très restreinte, tapissée par une muqueuse hypertrophiée et renfermant une certaine quantité de matière muco-purulente de moyenne consistance.

Le sinus maxillaire supérieur est en grande partie occupé par une production dure, osseuse, à surface fort irrégulière.

Pour mieux découvrir celle-ci, nous pratiquons une troisième résection entre les deux premières, et nous obtenons ainsi une large ouverture et dont les bords sont régularisés au moyen d'un ciseau à tranchant courbe et du maillet.

Après avoir enlevé au ciseau deux proéminences de la production osseuse correspondant à l'avant-dernière molaire, nous tentons de repousser celle-ci dans la bouche à l'aide d'un poinçon à extrémité mousse. Rien ne bouge.

Nous opérons ainsi une série de résections et de tentatives de repoussement sur la dent altérée sans obtenir le moindre résultat. La situation s'éclaircit néanmoins de mieux en mieux.

Nous reconnaissons dans les fragments enlevés autant de portions de tissu dentaire anormalement organisé, et nous constatons qu'une hypertrophie notable de la racine dentaire constitue le seul obstacle qui s'oppose à l'expulsion de la molaire en question.

Ce n'est qu'après de nouvelles et très nombreuses résections, pratiquées avec le ciseau de menuisier et le maillet, que nous parvenons à enlever la masse considérable de l'odontome dont il s'agit.

La dent, une fois débarrassée de sa monstrueuse racine, est enlevée sans la moindre difficulté. La masse formée par cette dent et les nombreux fragments de sa racine présente le poids énorme de 475 grammes. On conçoit quelles dimensions devait offrir la cavité occupée par une pareille tumeur. Moulée sur cette dernière, elle avait une forme assez régulièrement arrondie. La forte compression qu'elle a dû exercer du côté interne explique l'oblitération à peu près complète de la cavité nasale correspondante.

La texture de la masse néoplasique ne présente rien de bien particulier.

Les surfaces de division montrent des couches irrégulières de teinte et de densité diverses, représentées par les substances ébernée, émailleuse et cimenteuse qui les constituent.

Pendant les quelques trois semaines que le sujet est resté à l'hôpital de l'école vétérinaire, la plaie a été détergée chaque jour, soit avec de l'eau phéniquée plus ou moins concentrée (à 3, 4 et 5 o[o), soit avec de l'alcool peu dilué. Afin d'activer le bourgeonnement des tissus, la face interne de la cavité a été badigeonnée, à diverses reprises, avec un tampon imbibé de teinture de cantharide. Inutile d'ajouter qu'on devait chaque fois la débarrasser, au préalable, de la masse des matières alimentaires qui y pénétraient à chaque repas.

Il était à prévoir qu'il faudrait un temps bien long pour amener l'oblitération, soit de cette vaste cavité occupée par la tumeur dentaire, soit de son ouverture de communication avec la bouche.

Suivant les renseignements qu'a bien voulu nous fournir M. Bruyère, cette oblitération n'est pas encore tout à fait réalisée, les aliments sortent encore par une ouverture faciale permettant l'introduction du petit doigt ; il persiste une cavité intérieure en forme d'entonnoir qui ne sera pas formée avant deux mois.

Le 2 août, le cheval fut représenté à M. Bruyère, qui constata un jetage muco-purulent et un gonflement extérieur correspondant au sinus frontal du côté droit.

La trépanation donna écoulement à une grande quantité de muco-pus. Quelques injections d'eau Villate phéniquée au 1/10 amenèrent une prompte guérison de cette complication.

Les os de la face, dit M. Bruyère, se sont affaissés, mais ne sont pas revenus à leur niveau primitif.

Le pourtour de la plaie est et restera probablement déprime, en infundibulum ; la suppuration, très peu abondante, se salit plus la face et se sèche sur l'ouverture.

M. Bruyère prévoit que la dent maxillaire inférieure, correspondante à celle qui a été enlevée, devra être raccourcie de temps en temps.

L'observation qui précède me remet en mémoire le cas relatif à un odontome du sinus maxillaire inférieur droit, chez un cheval, constaté par l'honorable directeur de l'abattoir de Liège, M. Brouvier. L'animal jetait, depuis deux ans, par le naseau droit, motif qui avait décidé le propriétaire à s'en débarrasser. Il n'y avait pas d'engorgement des ganglions de l'auge, et la muqueuse nasale n'offrait pas de trace d'altération.

L'odontome dont il s'agit formait une masse assez irrégulière, ayant la grosseur d'un petit œuf de poule, n'adhérant en aucun point aux parois de la cavité où il se trouvait logé. Cette dernière était tapissée par une muqueuse fortement épaissie. Le corps étranger, entouré d'un liquide épais et blanchâtre, était complètement revêtu d'une membrane très épaisse, d'apparence fibreuse, qui se détacha très facilement, en laissant à découvert une surface parfaitement lisse et de coloration blanc-grisâtre. L'examen direct des surfaces de section et l'inspection microscopique ont montré que cette production était un odontome vrai.

Une simple trépanation des sinus maxillaires, toujours d'impérieuse indication en pareil cas, aurait permis de constater la présence de cet odontome, d'en opérer l'extraction avec la plus grande facilité et de conserver à son propriétaire un cheval utile à son service.

(*Ann. de Méd. vétér. belge*).

(*Journal des connaissances médicales*).

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. P. Dubois

DÉODORISATION DE L'IODOFORME. — IODOFORME COCAÏNE.

Les substances dont on a préconisé l'emploi pour déodoriser l'iodoforme sont fort nombreuses ; toutes, jusqu'à ce jour, ont été reconnues insuffisantes. Je conseille de mêler a l'iodoforme du menthol et de l'essence de lavande, dans les proportions qu'indique la formule suivante :

Iodoforme pur. . . .	1 g. 00
Menthol.	0 05
Essence de lavande fine.	1 goutte

L'odeur repoussante de l'iodoforme est ainsi masquée pendant tout le temps que peut durer un pansement. Pour s'en débarrasser complètement, il suffit de se laver les mains avec de l'eau additionnée d'un filet d'eau-de-vie de lavande de bonne qualité.

Celle-ci peut être, en outre, employée avantageusement en pulvérisation sur les vêtements.

Quant à l'iodoforme déposé sur une plaie à la surface du corps, sa déodorisation pourra être obtenue par les substances ci-dessus indiquées et maintenue à l'aide de pulvérisations légères d'eau-de-vie de lavande, faites de temps en temps sur une feuille de coton recouvrant le pansement.

Afin de rendre l'iodoforme immédiatement anesthésique, je propose de mêler intimement à ce corps, préalablement déodorisé, de la cocaïne pure, dans la proportion de 3 centigrammes pour un gramme d'iodoforme.

LE NAPHTOL

M. le professeur Bouchard a fait à l'Académie des sciences une communication, le 24 octobre 1887, sur le naphtol. M. Bouchard accorde une grande valeur antiseptique au naphtol. Son peu de solubilité le rend précieux pour la médication intestinale.

S'il est d'une puissance antiseptique inférieure aux sels mercuriels, par contre, il n'offre pas au même degré le danger d'intoxication. Si on tient compte qu'il est plus antiseptique que l'iodoforme, que la naphtaline dont M. Poinsot a conseillé l'emploi, qu'il est peu soluble, on voit qu'il peut nous rendre des services comme pansement dans les dents cariées.

EAU DENTIFRICE ANTISEPTIQUE

Ecorce de quillaya (panama). . .	15 grammes
Alcool à 85°	120 —
Eau.	160 —
Essence de Wintergreen. . . .	*** gouttes

Faites macérer pendant dix jours.

Pendant le même temps, faites macérer d'autre part :

Cochenille.	0 gr. 50 centigrammes
Eau distillée de menthe. .	120 grammes
Glycérine.	60 —

Filtrer les deux liquides et mélanger. Compléter le poids de 700 grammes avec quantité suffisante d'un mélange d'alcool à 85 degrés, une partie, et d'eau distillée, quatre parties.

(*Chemist and Druggist*, juin.)

UN TRAITEMENT DE L'ODONTALGIE

Le docteur Popoff écrit, dans le *Ruskaya Méditzina*, qu'il a réussi à faire cesser la douleur causée par la carie dentaire, en conseillant de promener dans la bouche, toutes les demi-heures, une cueillerée à dessert d'une solution à 20 0[0 de permanganate de potasse, à la condition de garder chaque fois le liquide dans la bouche pendant quelques minutes.

(*The méd. Rec.*, 30 juillet 1887.) — R.

TOPIQUE CONTRE LE RAMOLLISSEMENT DES GENCIVES. — COMBES.

Teinture de pyrèthre.		15 grammes
— de gaïac	ââ. . .	4 —
— de myrrhe		
— de thébaïque		
— de coquelicot.		q s.

Pour colorer, à l'aide d'un pinceau imbibé de cette liqueur, on badigeonne, matin et soir, les gencives ramollies et décolorées.

LE CANADOL COMME MOYEN D'ANESTHÉSIE LOCALE

Le docteur Pliouchkine recommande, pour l'anesthésie locale, le canadol, un hydrocarbure distillé du naphte d'Amérique. C'est un liquide transparent très volatil et qui sent la benzine; il est insoluble dans l'eau et dans l'alcool, ce qui lui donne une supériorité sur l'éther. Depuis longtemps, le docteur Kanonikoff avait avancé que ce corps pouvait suppléer avantageusement l'éther comme anesthésique locale. Il produit, en effet, le même froid que l'éther dans la première minute; le refroidissement est donc aussi rapide que par l'éther, sans abaisser comme lui la température dans les minutes suivantes. Ainsi le canadol, dans la première minute, fait descendre la température + 20° à — 10°,

dans la seconde à — 10° 6, et au bout de cinq minutes à 10° 8; tandis que l'éther dans la première minute donne + 20° à — 10°; dans la deuxième — 15° 6 et au bout de cinq — 17° 5.

L'anesthésie par le canadol est absolument complète en 60 secondes, en moyenne, et, dans aucun des cas où le docteur Plioutchkine l'a employé à la clinique du professeur Stoudienski, les malades n'ont manifesté la moindre douleur, pour des ouvertures de panaris, des arrachements d'ongles incarnés, des énucléations de kistes, des oblations de chondro-sarcomes, que rapporte l'auteur. Enfin, un dernier avantage du canadol est son prix modique, qui ne peut que baisser encore comme pour tous les dérivés de la houille.

Poudre dentifrice (Dr David)

Poudre de savon	10 grammes
Poudre d'iris	20 —
Craie pulvérisée	20 —
Chlorate de potasse	5 —
Pierre ponce porphyrisée	5 —
Laque carminée	5 —
Essence de menthe	ââ X gouttes
Essence de rose	
Esssence d'anis	
Sucre blanc	20 grammes

F. S. A.

Ouate a la cocaïne et a la morphine contre les douleurs de dents

Le journal que nous citons donne les indications suivantes sur le mode de préparation d'une ouate douée de propriétés analgésiantes :

On fait dissoudre 0 gr. 08 de chlorhydrate de morphine dans 30 grammes d'une solution de cocaïne à 3 o/o. On imbibe ensuite de ce mélange un morceau de ouate hydrophile, du poids de 30 grammes. Lorsqu'il s'agit de calmer des douleurs odontalgiques, on introduit un petit fragment de cette ouate dans la dent cariée qui est le point de départ de la douleur.

(*Pharmaceutische Journal.*)

Dents artificielles avalées

Un correspondant du journal anglais, *British med Journ*, lui écrit : « Tout dernièrement un de mes clients ayant avalé une plaque surmontée de deux dents artificielles, je recourus immédiatement à une pratique qui m'a été recommandée il y a quelques années, par sir James Pajet, dans un cas semblable. Je lui fis manger trois volumineuses tranches de pain, ensuite quatre grandes cuillerées d'une bouillie épaisse de farine et d'eau. Puis je lui administrai un émetique. Les dents furent rejetées enveloppées dans la matière tenace des vomissements ».

Il paraît qu'on a recours à ce procédé dans les stations de police lorsque des prisonniers ont avalé des pièces fausses qu'ils veulent soustraire. (*Union médicale*, 23 juillet 1887.)

VARIA

UN DENTISTE AU SIÈCLE DERNIER ET SA RÉCLAME

La réclame a pris, chez un grand nombre de nos confrères, de regrettables proportions. Il y a peu de journaux politiques qui n'insèrent chaque jour — (à quel prix?) — les annonces de trois ou quatre dentistes. Ajoutons à cela les brochures assez nombreuses qui, sous une apparence scientifique, ne sont que des vulgaires prospectus, des annonces mal déguisées.

Il ne faudrait point croire cependant que l'amour de la réclame soit né d'hier, considérer la réclame « comme une fleur nouvellement éclose » dans notre confrérie. Nicolas Museux nous pourrait prouver le contraire (1).

Né à Tracy (Aisne) le 11 août 1714, Nicolas Museux obtint la maîtrise à Reims en 1736. Reçu aussi barbier et chirurgien, il ouvrit aussitôt une boutique en cette ville et, jusque vers 1750, y exerça ces deux professions, faisant tout ce qui concernait son métier, ne craignant pas de descendre « au médiocre de la chirurgie ».

Ce médiocre de la chirurgie, comme l'appelait Josnet, n'était autre que l'art dentaire. Museux avait en effet reçu à Reims des leçons d'un dentiste, Delafeuille, élève lui-même de Capperon le dentiste du roy; à la mort de son maître il hérita de ses instruments. En outre de la barberie et de la chirurgie, il pratiquait donc l'art dentaire, et avec succès, paraît-il.

Il fit connaître ses talents spéciaux dans un opuscule ainsi présenté au public : *Réflexions sur la conservation des dents, sur leurs différentes maladies et sur leurs remèdes*, par Museux le jeune, maitre chirurgien à Reims. — Reims, François Jeunehomme *s. d.* (1747) in-4° de 2-10 pages.

Comme pour s'excuser de la diversité de ses occupations, de sa triple profession de barbier, chirurgien, dentiste, il prit pour épigraphe cette phrase tirée de la *Théorie des sentiments agréables*, de Levesque de Pouilly : « Quoi de plus heureux que de se plaire dans une suite d'occupations convenables à ses talents et à son état. »

Pour mieux frapper le public auquel était évidemment adressée cette brochure-réclame, l'auteur y fit imprimer en tête une flatteuse approbation du doyen de la Faculté de médecine de Reims, l'illustre Josnet.

« L'auteur de cet ouvrage a le mérite de s'attacher à la partie de « la chirurgie la plus négligée ; il faut ou plus de talent ou de zèle « qu'on en trouve dans le commun des artistes, pour revendiquer « des opérations presque méprisées et qui passent pour être du « ressort des empiriques. Le sieur Museux prouve par des raison-

(1) *Union Médicale du Nord-Est*, octobre 1887.

« nements solides et par des observations multipliées, qu'il n'a rien « négligé pour se perfectionner dans cette science. J'ai souvent « été témoin de sa dextérité dans les plus grandes opérations : ses « réflexions sur les maladies des dents font voir qu'il sait des- « cendre au médiocre de la chirurgie, et qu'il embrasse avec « ardeur tout ce qui le peut rendre utile à la société. Avec de « pareils principes, je crois que l'auteur et son ouvrage peuvent « se montrer sans crainte au public et je suis persuadé qu'ils en « seront reçus avec plaisir. A Reims, ce 12 décembre 1747 ».

Après quelques lignes consacrées au *tartre*, à la *carie*, à l'*érosion*, au *mauvais* arrangement des dents, au *refoulement*, Museus rapporte avec détails, quelques observations personnelles destinéex à prouver sa science, sa dextérité et la confiance dont l'honoraient quelques grands personnages. Il a cautérisé une dent à M. de Mombret, auditeur des comptes, de passage à Reims ; il a eu l'honneur d'enlever une dent au marquis de Pinsieux, ministre, également de passage; l'auguste personnage lui fut très reconnaissant et le remercia en lui disant : « Je voulais aller à Paris pour y faire arracher ma dent, mais j'aurais fait un voyage inutile ! et j'aurais prolongé ma douleur. »

L'opuscule se termine par un véritable boniment :

« Je crois pouvoir promettre, dit-il, de tirer toutes les espèces « de dents qui ne pourraient être conservées... ; les racines les « plus cachées, germe fécond de tant de fluxions et d'abcès, n'é- « chapperont point aussi à mes efforts; la forme heureuse de mes « instruments, l'exercice et l'usage me donnent cette confiance et « même celle d'adoucir autant qu'il est possible la douleur insé- « parable de cette opération... Je me flatte aussi de dégorger sans « douleur les gencives qu'inonde l'abondance du sang ; de raf- « fermir les dents branlantes lorsque la gencive ne sera pas consi- « dérablement viciée ; si elle était trop rongée, alors je les soutien- « drais à l'aide d'un fil d'or ou de soie; je promets même que par « une heureuse imitation de la nature, je pourrai substituer des « dents qui représenteront celles qui ne seraient plus, et qui les « remplaceraient dans leurs principales fonctions. »

Vient enfin comme complément prévu à ce *factum* l'indication, la mise en vente des poudres et d'opiats « dans lesquels on peut avoir toute confiance. »

Les réclames, les prospectus du jour ne sont pas mieux rédigés.

Museux n'était cependant pas un vulgaire charlatan. Vers 1750, il se sépare de la marmite et du plat à barbe, emblèmes des professions de dentiste et de barbier, pour ne faire que de la chirurgie. Il achète la lieutenance pour Reims du premier chirurgien du roi, ce qui le rendait président de la communauté, receveur du serment des prévôts, inspecteur des chirurgiens de Reims et de la campagne ; il fut chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims et inventa la pince, qui porte encore son nom, pour la rescission des amygdales

Museux mourut le 10 février 1783. D[r] TH. DAVID.

CORRESPONDANCE

Inconvénients du Caoutchouc

Je crois devoir signaler aux lecteurs du journal l'*Odontologie* que les montures ou bases des dents en caoutchouc ont plus d'inconvénients que d'avantages pour les personnes qui portent ces appareils. En effet, son action irritante est manifeste : qu'elle soit due à la quantité du soufre ou à la matière colorante (deutoxyde de plomb ou sulfure de mercure) qu'il contient, son contact prolongé avec la muqueuse buccale rend cette dernière sensible, spongieuse et fait subir aux alvéoles — voire même aux maxillaires — des extraits par trop souvent considérables ; cela est un fait connu de tous les praticiens.

De plus, le caoutchouc vulcanisé déchausse, d'une manière effrayante, les racines et les dents restantes avec lesquelles il est en contact direct, les fait carier et occasionne un écoulement purulent, principalement des racines dont les cellules sont moins modifiées. Cette sécrétion acidulée ramollit, décalcifie les dents; les parties décalcifiées sont ensuite envahies par des microbes en plus ou moins grande quantité et d'espèces, d'après l'état pathologique ou physiologique de chaque individu.

Le caoutchouc étant une matière plastique des plus faciles à manier et d'un prix relativement modique, il résulte qu'on l'emploie aujourd'hui à tort et à travers, 99 fois sur 100, dans la prothèse dentaire, sans se préoccuper des irréparables ravages qu'il occasionne par ses principes irritants et parasitaires.

D'autre part, chacun sait que les vulcanites ont l'inconvénient capital de ne se laisser mouiller que très superficiellement par la salive : des masses gluantes hétérogènes y stationnent, ce qui constitue de vrais réceptacles pour la culture et le développement vraiment étonnant des bactéries micro-organiques. Les anneaux, les crochets ou toute partie de caoutchouc, juste apposé sur les dents naturelles, ne peuvent être polis, et, par ce fait, ce sont autant d'écuries à microbes. En somme, son action mécanique permanente n'est ni plus ni moins qu'un poison lent, très nuisible pour la santé.

Ce poison ou plutôt ces poisons chimiques, car le nombre en est grand, nés sous l'influence des micro-organismes qui pénètrent ensuite dans le sang et l'empoisonnent, ont surtout pour sièges les surfaces rugueuses des vulcanistes.

Ces révélations graves, parfaitement fondées, que tout le monde du reste peut contrôler à son aise, reposent sur les expériences que j'ai faites pendant ces très dernières années.

Or, voici comment mon attention s'est portée de ce côté-là.

Depuis quatre ans que je m'occupe du traitement de la phtisie pulmonaire et des diverses maladies de poitrine, j'avais eu souvent occasion de voir la bouche de ces malades, porteurs d'appareils à bases de caoutchouc, dans un état d'infection notoire. J'ai cherché la cause de cette infection putride. A cet effet, j'ai râclé des interstices de dents minérales, des anneaux, des dessus et des dessous des bases en vulcanite, partout j'ai trouvé très nettement le bacille de Koch, soit isolé ou réuni en amas. Plus les lésions tuberculeuses étaient avancées, plus grandes étaient les quantités de microbes que j'ai observés sur chaque champ du microscope.

Sur six pièces en métal (or ou platine), je n'ai trouvé aucun bacille de la tuberculose. Une fois, chez un phtisique au deuxième degré, qui ne tenait pas sa pièce des plus propres, j'ai constaté sur un liquide ichoreux, des leptothrix buccales.

Sur trois pièces en celluloïd, portées depuis un an environ par des phtisiques de première et deuxième période de tuberculisation, je n'ai rien trouvé. Cette négative ne peut être attribuée qu'à l'action microbicide bien reconnue du camphre dont la celluloïde est largement pourvue.

Enfin, chez des individus d'apparence physiologique relativement saine, j'ai toujours constaté, dans les pièces en caoutchouc, l'existence des microbes de Miller en grande quantité.

Ces résultats me mènent à conclure que la bouche peut être, pour les physiologistes, le premier champ de diagnostic pour la connaissance des signes pathognomoniques qui sont propres à la tuberculose.

Les microbes accidentels de la bouche viennent, les uns de l'air, et ils sont nombreux comme espèces ; d'autres proviennent accidentellement des voies aériennes, comme par exemple les microbes de la phtisie ou les diplocoques de la pneumonie, ou des voies digestives, comme les sarcines de l'estomac.

La bouche est la porte d'entrée la plus importante des bactéries pathogènes de la phtisie, de la pneumonie et des maladies contagieuses. Il en existe d'autres qui y vivent constamment à l'état normal, tels sont : les leptothrix buccalis, les spirochæte denticola, un microbe en virgule qui ressemble à celui du choléra, etc... Les microcoques y sont très nombreux, de grosseurs différentes, tantôt isolés, tantôt associés deux par deux ou en zoolœe. Rasmüssen, à lui tout seul, en décrit onze espèces différentes ; je citerais aussi Dujardin, Robin, Jaffe, Ehrenberg, Tranbe, Rosenbach, Leuwenback et Leyden qui en ont trouvé plusieurs autres espèces.

La muqueuse buccale renferme beaucoup de bactéries venant de l'air ou développées sur place. La crasse qui s'accumule dans les bases en caoutchouc et qui se mêle à l'exhalation gingivale, irrite la muqueuse par son séjour continu ; leurs actions délétères, jointes à la dépression qu'ils provoquent, font survenir des rhagades, des excoriations, des déchirures, des abcès, des petites pustules

inappréciables qui deviennent des agents infectieux sur place d'abord et le point d'entrée d'une multiplication effrayante de bactéries. Ces bases servent, de tout temps, de véhicules aux trop nombreuses variétés de micro-organiques, ce qui se produit rarement dans les pièces métalliques et de celluloïd.

Il me semble que la quantité d'espèces de microbes qui nous tuent est assez considérable, pour qu'il soit utile d'en multiplier le nombre des colonies par des corps étranges, délétères, tels que les caoutchoucs. L'action malfaisante de ces matières a été méconnue jusqu'ici ; en la dévoilant, je crois pouvoir affirmer que les caoutchoucs sont plus toxiques que la fuchsine dans le vin. Et cela s'explique : les uns sont permanents, l'autre n'est qu'intermittente.

Or, d'où viennent tous ces maux, tous ces malaises, toutes ces indispositions diverses qu'éprouvent les personnes qui portent des fausses dents à bases de caoutchouc? Je dis caoutchouc, parce qu'il ne se fait que ça.

Les maladies régnantes ne sont-elles pas assez nombreuses pour que l'art dentaire doive les augmenter? Faire mourir des milliers de personnes, à doses homœpathiques, disséminées dans un département ou dans toute la France, qui ne se connaissent pas, qui ne peuvent se faire de confidences, par la raison que l'on sait, sur leurs maux et leur mauvais état de santé. Faire mourir tout doucement des milliers de personnes qui vous donnent leur confiance et leur argent, et cela par ignorance, parce que le mal aurait été méconnu ; n'est-ce pas affreux d'y penser?

Mais, aujourd'hui, la chose change de thèse : il faut à tout prix réprimer l'envahissement de tous ces poisons, car on n'a pas le droit de tuer, soit par ignorance ou autrement ; continuer de s'en servir serait scabreux ; on pourrait être pincé à moins.

Si ma révélation pouvait laisser quelque doute dans l'esprit du lecteur, je l'engage à faire comme j'ai fait : il n'y a qu'à râcler de ces pièces prises chez des lymphatiques, rachitiques, chlorotiques, diabétiques, tuberculeux, voire même chez des individus au physique sain. L'analyse le convaincra, j'en suis certain, bien mieux que je ne saurais le faire.

Ceci dit, qui va oser continuer ce joli métier? Je doute qu'il se trouve quelque part un seul praticien qui veuille passer pour empoisonneur avec connaissance de causes.

Après cet avis, continue qui voudra, à ses risques et périls, à empoisonner son monde.

En tout cas, avant de porter cette découverte à la connaissance de qui de droit, je crois faire chose agréable de la faire connaître aux praticiens intéressés.

Pour mon compte, en cherchant, j'ai trouvé le mal ainsi que le remède. J'y ai si bien remédié, que le nombre est devenu pres-

que nul dans la bouche des personnes qui portent mes nouvelles bases. Au lieu de les cultiver, moi je les tue sur place.

En somme, j'ai fait comme Hercule : il y a trois ans, je suis parvenu à purifier le fumier de ces nouvelles étables d'Augias de trente ans.

En somme, j'ai apporté à la science médicale une découverte uui me paraît être le suprême degre de force capable de dompter ce monde rongeur d'infiniment petits, connus sous le nom de microbes de Koch, en tenant le phtisique continuellement saturé du principe médicamenteux, Je n'admettrai rien au-dessus de mon système, tant que l'infertilité des poumons des phtisiques ne sera pas démontrée par une vaccination.

Aujourd'hui, j'en apporte une seconde à la science dentaire, d'égale valeur, que rien ne pourra égaler.

Je dois cependant prévenir qu'il y a encore près de quatorze ans à parcourir avant que personne puisse toucher à cette nouvelle découverte sans mon consentement.

A tout bon entendeur, salut !

D[r] PRADÈRE, *dentiste à Lyon.*

Le 21 novembre 1887.

Le bien fondé de quelques-unes des critiques de notre honorable correspondant est évident. Il est d'observation fréquente que le caoutchouc ne conviedt pas à toutes les bouches, qu'tl donne lieu à une inflammation chronique fâcheuse. M. le D[r] Pradère, à qui ses travaux spéciaux ont donné l'occasion de voir nombre de tuberculeux, signale avec une grande énergie les mauvais effets de cette substance chez ces diathésiques, nous n'y contredisons pas. Il n'y a que peu de temps que les manifestations buccales de la tuberculose sont étudiées, et l'irritation mécanique, thermique et même chimique du caoutchouc vulcanisé ne peut qu'aggraver un état de choses déjà mauvais. Mais, jusqu'à démonstration clinique, nous n'osons condamner aussi rigoureusement que notre confrère une substance qui est, après tout, une des meilleures acquisitions de notre art.

Il n'est pourtant pas sans utilité d'attirer à nouveau l'attention de ce côté. Que les adversaires du caoutchouc rassemblent des cas, forment un dossier, les indications et contre-indications de son emploi en seront mieux précisées. On pourra alors décider en connaissance de cause.

ASSOCIATION GENÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HÔPITAL DENTAIRES DE PARIS

23, rue Richer

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Séance du mardi 27 septembre 1887

Présidence de M. Poinsot, vice-président.

Le Conseil de direction vote l'admission de M. Rotman (Armin), de Buda-Pesth et de M. Jolibois, de Belfort. L'inauguration des cours de l'Ecole est fixée au samedi 5 novembre. Il est décidé qu'elle aura lieu à la mairie du neuvième arrondissement. La présidence de la séance sera offerte à M. le Dr Bourneville, député de la Seine, membre de la commission parlementaire de réglementation de la médecine en Erance. La commission d'organisation est ainsi composée : MM. Bioux, Chauvin, Papot, Pigis, Ronnet, Tusseau.

Le banquet annuel de l'association est fixé au jeudi 4 novembre. La commission d'organisation est composée de MM. Bioux, Papot, Pigis et Tusseau.

La dispense d'âge, pour entrer à l'Ecole, demandée par un élève, est refusée.

Le Jury, pour le concours pour les deux places de chefs de clinique, est ainsi composé : MM. David, Aubeau, Poinsot, Thomas et Godon.

Suppléants : MM. Levett, Dubois.

Représentant du Conseil : M. Wiesner.

Le concours est définitivement fixé au mardi 25 octobre 1887.

Séance extraordinaire du 13 octobre 1887

Présidence du Dr David, directeur de l'Ecole.

Cette séance a lieu sur la convocation du bureau du Conseil pour entendre une communication et discuter une proposition à la suite de laquelle une commission est nommée.

La commission est ainsi composée : MM. David, Godon, Poinsot, Ronnet, Chauvin, Thomas.

Séance du mardi 15 novembre 1887

Présidence de M. David, directeur de l'Ecole.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté. M. Godon fait un rapport au nom de la commission nommée à la prédédente séance. Les conclusions en sont adoptées.

Le secrétaire général annonce que le ministre du commerce a offert à l'association à l'occasion de l'inauguration une médaille d'or.

Le Conseil de direction vote des remerciements à M. Dautresme et le nomme membre bienfaiteur. Le ministre a demandé à l'association de faire connaître son avis sur le projet de traité avec l'Italie. Le comité syndical est chargé de cette question.

Il a été également adossé une demande de renseignement du même ministère sur l'Association, pour la faire figurer dans l'annuaire des sociétés professionnelles. Le secrétaire général a répondu.

L'association a été invitée au deuxième congrès annuel des Chambres syndicales de 1887. Le comité syndical a choisi comme délégué M. Pigis. Le secrétaire général rend compte de la séance d'inauguration. Des remerciements sont adressés à tous ceux qui ont apporté leur concours à l'Ecole dans cette circonstance et notamment au Dr Bourneville, au Dr Faucher, à la presse scientifique et politique de Paris et de province, à l'architecte M. Benoît qui prête gracieusement son concours et à la commission d'organisation qui en a assuré le succès.

M. Papot rend compte du banquet, les conclusions de la commission sont adoptées.

Le Conseil ratifie définitivement les conclusions de la commission des examens, relative aux résultats des examens d'octobre et au choix des prix de clinique.

Des remerciements sont adressés à MM. Ash et Son de Londres, Gray et Son de Sheffield, Cornelsen et Simon de Paris, à M. Lecaudey, pour les prix qu'ils ont offerts aux élèves, ainsi qu'à M. Heide qui a fait don à l'école d'un cautère Paquelin perfectionné.

Le secrétaire général rend compte au nom de la commission, du concours pour la nomination aux deux postes de chefs de clinique.

Quatre candidats se sont présentés : MM. Papot et Legret, ayant obtenu le plus grand nombre de points sont nommés chefs de clinique. Sur la proposition de M. Levett, il est décidé que les élèves de deuxième année seront admis à faire des aurifications dès le deuxième semestre. M. Dubois, de retour de Washington, rend compte au Conseil de son voyage aux Etats-Unis, de la réception faite aux délégués de l'Ecole et des séances du congrès.

Il annonce que conformément à la décision du Conseil, il a invité les confrères américains à un congrès international des dentistes à Paris en 1889.

M. Godon, en réponse à une question qui lui avait été posée à une séance précédente, annonce qu'il est autorisé à déclarer que M. Kuhn, quoique de parents d'origine étrangère, est *français*, qu'il a tiré au sort en France et a servi pendant la guerre comme médecin militaire auxiliaire.

Des remerciements sont adressés à M. Dubois ainsi qu'à M. Kuhn. Il est décidé que le rapport de M. Dubois sera adressé au nom de l'association, aux ministres du commerce et de l'instruction publique.

Le Conseil vote un crédit pour la nomination d'un sténographe pour les séances de la société d'odontologie.

Sur la proposition du sous-trésorier, M. Papot, le Conseil décide de voter à la prochaine séance, et après un nouvel avis, la radiation de membres en retard sur leurs cotisations.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire,

BIOUX.

INVENTIONS et PERFECTIONNEMENTS

Entretien des seringues. — Trempe des outils. — Polissage des surfaces finies. — Deux nouveaux alliages d'aluminium. — Fabrication du rouge à polir. — Soudure pour le verre, la porcelaine et les métaux.

ENTRETIEN DES SERINGUES

Les seringues hypodermiques ou autres, obturées de façon à ne plus laisser passer un fil métallique fin, peuvent être nettoyées en les tenant pendant un moment au-dessus d'une lampe à alcool ; la matière étrangère sera alors rapidement chassée ou détruite, de sorte que l'instrument pourra fonctionner immédiatement. Quand un fil s'est rouillé dans une aiguille, tremper la pointe de celle-ci dans l'huile, puis le tenir sur la flamme ; on pourra alors retirer le fil. Il est bon d'aspirer l'huile par la pointe, puis de chauffer, ce qui enlèvera la rouille de l'intérieur ; laver ensuite à l'alcool et tout sera fini.

(*Dental Review*).

TREMPE DES OUTILS

Un mineur de Carson aurait découvert que les pointes des forets chauffés au fer rouge cerise, puis enfoncés dans un morceau de plomb, se trempent de façon à percer l'acier le plus dur et les lames de verre sans s'émousser d'une façon perceptible.

(*Archives of dentistry*).

POLISSAGE DES SURFACES FINIES

On emploie habituellement l'huile pour polir et affiler les instru-

ments délicats, ce qui est fort salissant. On remplace avantageusement l'huile par un mélange de trois parties de glycérine et d'une partie d'alcool pour les grandes surfaces. Lorsqu'il s'agit de petits objets, on prend de la glycérine pure.

DEUX NOUVEAUX ALLIAGES D'ALUMINIUM

M. Bourbouze a formé un alliage de 45 parties d'étain et 55 d'aluminium, qui sert à la soudure de l'aluminium.

Cet alliage possède à peu près la même légèreté que le métal pur et se laisse souder facilement. M. Bourbouze a composé un autre alliage renfermant seulement dix centièmes d'étain. Ce second alliage, qui peut remplacer l'aluminium dans toutes ses applications, peut encore se souder à l'étain, tout en conservant les principales qualités du métal pur.

FABRICATION DU ROUGE A POLIR

Le journal anglais *Industries* signale un inconvénient que présente quelquefois le rouge à polir, appelé communément *rouge d'Angleterre*. Cette matière, nommée aussi *colcothar*, est un oxyde de fer que l'on peut préparer de diverses façons, mais qu'on obtient le plus souvent en calcinant du sulfate de fer ou vitriol vert. Dans ce cas, toutes les fois que la calcination n'a pas été complète, le rouge présente une acidité dont on peut se rendre compte en en mettant un peu sur la langue. Les métaux polis avec un rouge acide, si brillants qu'ils puissent être après le polissage, ne tardent pas à se ternir. Dans la fabrication du colcothar, on ajoute quelquefois de l'ammoniaque à l'eau dans laquelle on opère le broyage de la matière, afin de neutraliser l'acide qu'elle pourrait renfermer ; mais il est bien préférable de calciner complètement le sulfate.

SOUDURE POUR LE VERRE, LA PORCELAINE ET LES MÉTAUX

L'alliage suivant adhère si bien à la surface du verre, de la porcelaine et des métaux, qu'on peut l'employer pour souder les matières qui ne peuvent supporter une température élevée.

Le cuivre en poudre, obtenu en traitant une solution de sulfate de ce métal par le zinc, est placé dans un mortier de fonte doublé de porcelaine, et mélangé avec de l'acide sulfurique concentré ($D=1,85$). (On prend de 20 à 30 ou 36 parties de cuivre en poudre, suivant le degré de dureté qu'on veut donner à la soudure.) On ajoute au gâteau ainsi formé d'acide et de cuivre, et sans cesser de remuer, 70 parties de mercure. Quand le mélange est à point, on lave l'amalgame avec soin à l'eau chaude pour le débarrasser de l'excès d'acide, puis on le laisse refroidir. Au bout de dix à douze heures, il est assez dur pour rayer l'étain. Lorsqu'on veut s'en servir, on le fait chauffer jusqu'à ce qu'il devienne aussi mou que la cire. On peut alors l'étendre sur une surface quelconque, à laquelle il adhère fortement lorsqu'il se durcit après refroidissement. (*Génie civil.*)

NOUVELLES

M. Paul Viguier a déposé sur le bureau du Conseil municipal une proposition tendant à la création d'un service dentaire dans les écoles de la Ville de Paris.

Cette proposition est signée des noms suivants : Viguier, Lefèvre, Piperaud, Darlot, Robinet, Boulard, Donnat, de Ménorval, Jacques Lamouroux, Péan, A. Humbert, Delhomme, Bompard, Brousse, Stupuy, Lévêque.

Elle a été renvoyée à la 5e commission.

C'est au Conseil municipal de Paris que la création de ce service a été tout d'abord proposée, mais la capitale s'est fait devancer dans l'application par nombre de villes de province : Rouen, Dieppe, Niort, Cherbourg. Espérons que nos édiles voudront cette fois donner une solution pratique à cette importante question. Le bon vouloir des dentistes saura les aider dans cette tâche d'humanité.

Nous apprenons qu'il vient de se constituer une société odontologique à Mexico. Nous en félicitons nos confrères mexicains.

La *Germania* annonce que M. Telschow, dentiste de la cour de Berlin, vient d'être appelé à San-Remo pour faire une opération dentaire au prince. Si l'on procède en ce moment à cette opération, qui eût pu être ajournée, on en conclut que non seulement l'état général du prince, mais encore son affection locale, n'inspire aucune espèce d'inquiétude.

— M. Bédorrez, juge d'instruction, vient d'être chargé par le procureur de la République d'ouvrir une enquêté sur une affaire dramatique qui s'est passée hier au soir, rue des Bons-Enfants. M. de la Londe, commissaire du quartier, était averti, à sept heures, qu'un homicide par imprudence venait d'être commis chez un M. Ch., dentiste, qui habite, au n° 32 de cette rue, un appartement du 1er étage, au fond de la cour. En arrivant, le magistrat trouva dans la cuisine le cadavre d'une jeune femme de 22 ans, portant au côté droit de la figure, à la hauteur de l'œil, une petite plaie d'où coulait un mince filet de sang. M. Ch., en proie à une émotion des plus vives, a ainsi expliqué ce qui s'était passé :

La jeune fille se nommait Marie Filliatre; elle avait été toute jeune à son service, comme bonne, pendant huit ans, puis l'avait quitté, et enfin était revenue, il y a deux jours seulement.

Hier pendant que Mlle Ch., la fille du dentiste, causait dans sa

chambre avec une de ses amies, M. Ch. est allé retrouvé la bonne dans la cuisine. « Pendant la conversation, dit-il, je jouais machinalement avec un petit revolver que je porte toujours sur moi dans le gousset de mon gilet. Tout à coup, l'arme a glissé entre mes doigts; dans le mouvement que j'ai fait pour la ressaisir, avant qu'elle eût touché le plancher, mon doigt a porté sur la gâchette, le coup est parti, et la balle est allée frapper Marie. »

En présence de ces explications, M. Ch. a été laissé en liberté.

Marie Filliatre était la niéce de la troisième femme de M. Ch., morte en juillet 1885. Celui-ci est âgé de 39 ans.

M. le professeur Brouardel publie dans la *Gazette des Hôpitaux* ses intéressantes leçons de médecine légale. Dans une des dernières, il revenait sur un procès retentissant, dont nos lecteurs ont certainement gardé le souvenir, et dont un dentiste fut l'objet.

On voit sur quelles preuves fragiles un dentiste peut être condamné. Il semble, d'après le recit de M. Brouardel, que sa conviction fut établie plus par le demi-aveu de l'accusé que par des raisons exclusivement médicales. Certes, pour le juge d'instruction et aussi pour l'expert, l'attitude, les antécédents de l'accusé sont des éléments d'appréciation, et nous croyons que les conclusions du tribunal et du médecin légiste furent, dans ce cas, inattaquables. Mais nous avouons que nous aurions mieux aimé apprendre que la conviction s'était déterminée par un autre ordre de preuves que celles dont le professeur parle.

Dans d'autres leçons, il montra que nombre de praticiens avaient été victimes d'hallucinations, d'accusations calomnieuses de la part des malades. Cela doit enseigner la prudence aux dentistes qui ont à soigner et surtout à anesthésier des malades de sexe féminin.

Le premier fait qui se soit présenté date de l'année 1878. Il y avait à Rouen un dentiste ambulant, ayant une clientèle féminine, très nombreuse et très distinguée.

La dame B... accusait L... d'avoir engrossé sa fille, âgée du vingt ans, dans l'exercice de sa profession. En entrant dans le cabinet du juge d'instruction, où étaient ces deux femmes, L... eut une phrase malheureuse : « Je vous en supplie, dit-il à la jeune fille, ne me perdez pas ; vous étiez pure, tout ce que j'ai vous appartient, mais ne me perdez pas ».

Il nia ensuite énergiquement tout ce qu'on lui reprochait, après s'être ainsi compromis. Or, voici ce qui s'était passé.

Il avait accepté les conditions précaires de la mère à une condition : « Il est essentiel, avait-il dit, que je constate si Mlle B... est vierge avant de commencer le traitement ». Les deux femmes avaient consenti. Puis les séances d'une demi-heure ou une heure s'étaient renouvelées plusieurs fois, toujours en présence de

da ame B...Je me suis rendu sur les lieux et j'ai constaté d'abord que la salle où opérait le dentiste L... était longue de plusieurs mètres, de sorte qu'il installait la mère devant le feu à un bout, pendant qu'il soignait la fille à l'autre.

D'autre part, j'ai mis la jeune fille en état léthargique rien qu'en lui fermant les paupières, et j'en ai conclu que c'était une hystérique hypnotisable.

Ce qui aggravait les charges, c'est que L... avait été associé à un magnétiseur de foire. Enfin, il a été condamné à dix ans de travaux forcés, à la grande satisfaction des Rouennais, dont plusieurs étaient fort inquiets et exaspérés. La fille B... avait dû être violée en léthargie, c'est-à-dire dans l'état de mollesse, d'abandon le plus complet.

(*Gaz. des Hôpitaux*, 1er novembre 1887).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1886-87)

Art Dentaire et sciences connexes

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN FRANÇAIS

BROCA (A.). — Contribution à l'étude du développement de la face. — Etudes sur le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure (Ann. de Gyn., août, sept.).

DEBIERRE (C.). — Sur le développement, l'évolution et sur l'angle de la mâchoire inférieure. In-8°, 24 p., Lyon.

LEBRUN (W.). — De l'anesthésie dentaire par le chlorhydrate de cocaïne (Clinique, 1er sept.).

FAUCON. — Epithelioma de la langue consécutif à un psoriasis lingual (Journal des Sciences médicales de Lille).

CHATAING. — Etude médico-légale sur l'empoisonnement par le chlorate de potasse.

A. JOUSSET et Ch. CACAN. — Anesthésie locale pour les injections sous gingivales de chlorhydrate de cocaïne.

RECLUS. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche (Gaz. des Hôpitaux, 3 novembre).

L. GUINOU. — De la desquamation épithéliale de la langue chez les enfants (Journ. des Conn. médicales, 1er décembre).

Mme SOLLIER. — De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés (Th. de Paris).

OUARAGES, MÉMOIRES, ARTICLES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

THE DENTIST'S REGISTER FOR 1887

CUNNINGHAM. Dentistry in relation to the state. (Brit. Journ. of Dent. Science. Février 1887.)

BALDWIN. A New. Mode of root-Crowning. Cosmos. (Janvier 87.)

SYMINGTON. On the positions and relations of teeth in Children. British. Journ. of. Dental science. (15 janvier 1887,)

Discussion upon pyorrhea alveolaris. (British. Journ. of Dent. SJ.

FRIEDRISCH. Cylinder Filling. Dental Review.

BROPHY Oral Surgery. Dental Review.

CH. WHITE. Valedictory adress. British, Journ. of. Dent. Sc. (15 février 1887.

FRYER BROEHS. A case of paralysis following teeth extraction. British J. 1er avril.

CH. HEATH. Five cases of tumour of the jaws, treaded by excision. Mai 1887.

A. WILSON. The premolars in man. Mai 1887.

FROST. The fonctions of the teeth. Mai 1887.

W. CAMPBELL. A. new hydraulic motor for the dental engine.

R KNAPP. Crown and bridge work Cosmos. Février 1887.

A. HOWARD. Dental sanitation.

C. SAUER. — Lippendruch, ein Mittel zum zuruck der ængen vorstehender Schneide und Eckzne im Ober und Unterkiefer. (Deutsche Monatsschrift für Zahneil Kunde. Avril 1887.)

V. SOCKS. Die Behaudlung und das Fullen bei Caries an deu approximalen Flæchen des Bicuspidaten und Molaren (d°).

O. WALKHOFF —Die Technick der Pulpaube kappung (d°).

G. MAYER. — Stiftzæhne nut comprimirten Holzrœhchen (d°).

GOLTZ. — Einige Worte über die Anvendung von Buchs baumhülsen zur Befestigung von Stiftzæhnen.

ST. HOW. — Anchors for filling in teeth. (Cosmos. Février 1887.)

HEATH. — Lectures on certain diseases of the jaws. (Brit. Med. Journ., 7, 11, 18 et 25 juin.) — Leçons sur certaines maladies des mâchoires.

HILLISCHER. — Ueber Lustgas und Lustgas-Sauerstoff. (Allg. Wiener Med. Zeit., 7 et 14 juin.) — Du protoxyde d'azote et du prot. d'azote oxygéné.

BULLOCK (Ed). — A case of toxic symptoms arising from the use of cocaïn. (Boston Med. and. Surg. Journ., 16 juin.)

BIONDI. — Die pathogenen Mikroorganismen des Speichels. (Centr. bl. f Bact. und. Paras., 24) — Les M., pathogènes de la salive.

FILEHNE. — Ueber die local anæsthesirende Wirkung von Benzoylderivaten. (Allgem. Wiener mediz. Zeit, 25 juin.). — De l'action anesthésique des dérivés benzoïques.

KAPPELER. — Beitræge zur Lehre von den Anæstheticis. (Arch. f. Klin. Chir.. XXV-2.) — Contribution à l'étude des anesthésiques.

STOWELL. —The Microscopic structure of a Human tooth. Droit. Lydston. Syphilis in its relations to dental andoral surgery. (La syphilis dans ses rapports avec la chirurgie dentaire et buceale. Journ. of the Ame. Med. Association. p. 652-675.)

GREVERS. — Eeen geral van replan tatis dentis. (Nederl tidschr. v. gen esh, p. 349 352.)

ZIEN. — Zur Pathologie der Lippen. (Sur la pathologie des livres.) Allg. Med. central ztg, p. 1161.

WEIL. — Entwickelung des Embryo. mit besonderer Berücksichtigung der Entwickelung der Zæhne. (Mon. Schr. f, Zahnhe k, mir.) — Développement de l'embryon au point de vue spécial du d. des dents.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue Odontologique.
L'art Dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances Médicales.
La Pratique Médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union Médicale.
Gazette de Gynécologie.
Gazette française de Médecine et de Pharmacie.
Archives de Pharmacie.
L'Avenir Pharmaceutique.
Revue Odontologique de Belgique.
Revue et Archives Suisses d'Odontologie.
Annales de la Société d'Odontologie. de la Habana.
The Dental Cosmos.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental Science.
The British Journal of Dental Science.
The Dental Record.
The Dental Luminary.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The Dental Eclectic.
The Dental Practitioner.
Correspondenz-blatt für Zahnarzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde.
Zahntechnische Reform.
Skandinavish Tidsshrift for Tandlaeger.
Monatschrift des Vereins Deutscher Zahnkünstler.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde

AVIS

Un diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris demande une place d'opérateur,
Peut aussi faire de la prothèse.
S'adresser à Mr M..., rue Guénégaud, 25.

Une place d'assistant opérateur pour l'après-midi seulement. Parle l'allemand. C. M., 13, rue Geoffroy-Marie, 13.

Un jeune dentiste de l'Ecole de Genève désirerait trouver au mois d'octobre, et pour quelques mois, une place d'aurificateur à condition qu'il lui reste deux ou trois heures par jour pour se perfectionner dans la prothèse. Il se contenterait d'appointements peu élevés.
Ecrire au bureau du journal sous les initiales A. B. M.

VOL. 7. Paris, Décembre 1887. N° 12.



L'ODONTOLOGIE

HYGIÈNE DE LA BOUCHE

Leçon faite à la Clinique par M. Richard CHAUVIN
Professeur-suppléant à l'Ecole Dentaire

Le lundi 7 novembre 1887

Considérations générales. — La bouche à l'état sain, à l'état pathologique. — Accidents généraux consécutifs à un état local infectieux.

Malgré l'attrait que présentent les leçons faites directement sur les cas les plus intéressants soumis à notre observation, au hasard de la clinique, il m'a paru nécessaire de suivre dans mes leçons une marche régulière et conforme à votre programme d'études. Si cette méthode est moins intéressante pour ceux d'entre vous qui ont déjà franchi le cap des examens de première et de deuxième année; il est certain qu'elle éclaire et facilite le travail des étudiants nouveau-venus parmi nous.

Pourtant, en prenant l'hygiène de la bouche comme sujet de cette première leçon, j'espère intéresser aussi ceux d'entre vous qui touchent au terme de leur scolarité. Les idées, appuyées par des faits, que je vais développer devant vous, surtout au point de vue de la clinique chirurgicale, sont un peu hardies et paraîtront peut-être exagérées; mais l'observation vous les démontrera rigoureusement exactes.

Vous savez que la diffusion des principes de l'hygiène est l'objet de la préoccupation constante des savants de tous les pays. Les comptes rendus des derniers congrès scientifiques ont été suivis avec intérêt par plus d'un d'entre vous; vous avez vu avec quelle sollicitude on s'occupe de l'amélioration de la santé publique. Personne, dans la mesure de ses moyens, n'a le droit de rester indifférent à ces efforts, le dentiste moins que tout autre, et, si je ne craignais d'être taxé d'exagération, en énonçant une vérité peu courante, je dirais qu'il est ou plutôt devrait être le premier hygiéniste.

En effet, Messieurs, un des actes les plus intéressants de la nutrition s'accomplit dans la bouche; je veux parler de la préparation du bol alimentaire par la mastication et l'insalivation. Quelques aliments y subissent même une transformation avant de passer dans le pharynx. Il semble, n'est-ce pas, qu'un acte aussi impor-

tant pour la santé ne devrait s'accomplir que dans un milieu absolument sain.

En est-il toujours ou même généralement ainsi ? Non, malheureusement non, et cette partie de nous-mêmes, qui devrait être considérée comme un sanctuaire, est trop souvent laissée dans un état déplorable.

C'est seulement ici, pensez-vous, à la clinique, dans la classe pauvre enfin, que l'on rencontre des cas d'infection buccale ? C'est une erreur, et, soit ignorance, manque de temps ou incurie, toutes les classes de la société fournissent leur contingent à ce lamentable état. Des gens qui, de par leur situation, leur instruction, leur science même, devraient avoir des notions exactes d'hygiène, sont trop souvent oublieux des soins à donner à leur bouche.

La bouche, à l'état physiologique, est facile à décrire. Vous vous la représentez sans efforts.

L'examen laisse voir des gencives d'une couleur rose pâle, d'un tissu très ferme et très adhérent au collet des dents. Point ou peu de tartre. Les dents sont exemptes de caries. Cette bouche idéale se rencontre rarement ; mais il est évident qu'il y a des degrés dans la pathologie buccale.

Notre tâche, lorsqu'on nous confie une bouche en mauvais état, est d'employer toutes les ressources de notre art à nous rapprocher de la perfection physiologique primitive.

En examinant avec vous la série des accidents généraux qui peuvent résulter d'un milieu buccal infectieux, je n'ai pas la prétention de vous faire suivre la marche des maladies secondaires qui se développent sous l'influence d'un processus à définir.

La parole est aux micrographes. Eux seuls peuvent dire pour quels micro-organiques la bouche infectée est un terrain de culture et de propagation. La vérité scientifique rigoureuse leur appartient ; nous ne pouvons, nous, observateurs et cliniciens, que grouper des faits, remonter aux causes et en déduire les conséquences le plus logiquement possible. La démonstration rigoureuse des faits est, du reste, la suite de l'observation clinique et la médecine empirique est toujours la première en date.

Si nous parvenons à établir des relations de cause à effet qui s'enchaînent et à déduire les conséquences thérapeutiques de nos observations, notre labeur ne sera pas inutile.

Sans vouloir conclure encore, je vous poserai cette question : Quelle action pensez-vous qu'un milieu buccal, dans lequel le pus s'élabore par les gencives, se déverse par les dents ou les racines infectées, se mêle et se triture avec les aliments, est porté avec eux dans les voies digestives ; quelle action pensez-vous, dis-je, qu'un semblable milieu buccal puisse exercer sur l'économie ?

A priori, vous m'accorderez certainement que le bol alimentaire, préparé dans de pareilles conditions, aura perdu beaucoup de ses qualités nutritives.

Je vous parle en ce moment de bouches comme on en voit beaucoup, et l'état pathologique peut être poussé beaucoup plus loin. Dans l'état signalé, une chose est incontestable : c'est que l'individu qui en est atteint, même s'il est doué d'une santé robuste, subit une dépréciation physiologique correspondante à l'action pathologique des produits absorbés.

Poussez, par la pensée, l'état infectieux à ses dernières limites, et supposez que la suppuration soit assez abondante pour que l'œil le moins exercé la voie sourdre des gencives décollées et fongueuses et couler des racines plus ou moins recouvertes de lambeaux sanguinolents.

Il serait difficile de se faire une idée même approximative de la quantité de matières toxiques qui sont absorbées en pareille circonstance ; mais je crois qu'il n'est pas exagéré de dire qu'un malade atteint de la sorte s'empoisonne lentement.

Si l'on pouvait suivre rigoureusement le processus morbide, est-ce bien *lentement* qu'il faudrait dire?

Si vous prenez isolément, comme vous êtes peut-être un peu trop enclins à le faire, les opérations que vous exécutez dans chacune des années de votre scolarité, vous ne pourrez certainement apprécier toute l'importance du rôle que vous êtes appelés à remplir. Si, au contraire, vous groupez toute la série des opérations que vous apprenez à pratiquer ici, si vous établissez un diagnostic sérieux, qui ait pour conséquence d'appliquer à votre malade une thérapeutique chirurgicale et médicale, telle que la doit appliquer un praticien consommé, il vous sera loisible de constater qu'ayant fait de la médecine dentaire, vous avez aussi quelquefois, et même souvent, fait de la médecine extra-dentaire.

Je formulerai donc, dès maintenant, cette proposition : un état buccal infectieux, à des degrés différents, occasionne toujours des troubles de nutrition et souvent des troubles généraux manifestes, quelle que soit, du reste, la cause primitive de l'infection.

Examinons, si vous le voulez bien, les causes qui peuvent amener les désordres locaux que nous venons de signaler.

Nous suivrons le cadre de l'enseignement clinique et nous placerons :

1° La gingivite.

Les élèves de première année commencent leurs exercices opératoires par le nettoyage des dents. C'est le traitement par excellence de la gingivite tartrique qui est elle-même le début de presque toutes les inflammations de gencives décrites par Magitot sous le nom de gingivites essentielles. Nous étudierons ultérieurieurement et en détail cette affection, sous les différentes formes qu'elle présente. Nous dirons seulement, dès maintenant, que la gingivite tartrique, bénigne au début, peut devenir grave si elle est abandonnée à elle-même; secondairement et sans changement de cause, elle passe par différents états ; mais à une période encore peu avancée de la maladie, elle est déjà caractérisée par une sup-

puration qui devient de plus en plus abondante par la progression continue du processus pathologique. Vous savez tous combien, dans cet état, l'haleine du malade est nauséabonde.

2° Les racines pathologiques que vous êtes appelés à extraire. Je vous rappellerai pour mémoire que certaines racines à bords irréguliers, outre les produits infectieux qu'elles déversent dans la bouche par le canal dentaire, sont quelquefois des causes d'irritation des bords gingivaux, amènent la formation de petites tumeurs de la gencive, de fongosités qui laissent échapper un liquide séro-purulent qui vient encore augmenter l'état morbide de la cavité buccale.

3° Les caries du 4e degré que vous soignez en 3e année, soit que leurs produits se déversent dans la bouche par les canaux, soit qu'elles produisent fluxions, abcès, trajets fistuleux, désordres osseux, etc., peuvent encore être classées dans les causes principales de l'infection buccale.

A ces causes d'observation journalière nous en ajouterons encore quelques-unes qui, pour être moins fréquentes, n'en sont pas moins redoutables. Les accidents causés par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse; l'ostéite et la nécrose alvéolaires occasionnées soit par les caries à décomposition pulpaire (4e degré), dont je viens de vous parler, soit par des tentatives malheureuses d'extraction, bris alvéolaires, fractures simples ou multiples, rétention de séquestres dans le tissu gingival et enfin, si vous le voulez bien, la fracture du maxillaire.

Ce dernier point nous touche de moins près au point de vue de la réparation ; il rentre dans le domaine de la grande chirurgie, bien que la prothèse soit un auxiliaire puissant de réduction. Nous étudierons plus tard les accidents généraux parfois très graves occasionnés par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse. Ils sont de deux ordres : les accidents occasionnés par le traumatisme et, pour rester dans notre cadre, ceux qui sont dûs à la suppuration.

A propos des fractures du maxillaire, le professeur Richet a décrit des phénomènes d'empoisonnement par septicémie survenant dans certains cas de fracture du maxillaire inférieur : « Lorsque la fracture s'accompagne de plaie faisant communiquer son foyer avec la bouche, le pus, disait Richet, s'écoule à l'intérieur de la cavité buccale, il est avalé avec la salive, d'où peu à peu le développement d'accidents d'ordre toxique.

Aujourd'hui on dirait; le foyer de la fracture s'infecte par pénétration de germes provenant de la bouche ou les microbes pullulent à l'état normal (Cornil), de là production de matières septiques qui sont résorbées au détriment de l'état général.

Et maintenant, messieurs, après vous avoir donné à entendre que l'ingestion des produits infectieux, *quelles que soient les causes de l'infection buccale*, peut produire des accidents d'ordre

général, je vais essayer de vous donner un aperçu de la nature de ces accidents.

Comme je vous le disais précédemment, c'est à l'observation clinique qu'il faut demander d'établir les faits qui ne sont pas encore scientifiquement démontrés. Je vais donc vous faire part de quelques observations personnelles prises dans les nombreux cas dont j'ai eu l'occasion de m'occuper jusqu'à présent.

1re Observation. Mme B., de Nogent-sur-Marne, se présente à ma consultation en avril 1885. Son état de santé est déplorable. Elle présente tous les caractères de la cachexie. Maigreur effrayante, teint verdâtre, affaiblissement poussé à ses dernières limites. Le moindre effort lui cause de l'oppression, l'inappétence est complète et le peu d'aliments absorbés est difficilement toléré.

Cette malade est depuis plusieurs mois au régime de la médication héroïque et son état va toujours s'aggravant; son haleine est repoussante, même à une assez grande distance. A l'inspection de la bouche, sous un appareil prothétique posé récemment sur le conseil du médecin, dans le but d'améliorer la mastication, je découvre des racines infectées. Les gencives sont fongueuses et forment des fissures qui laisse deviner la présence de séquestres alvéolaires profondément enclavés dans la masse hypertrophiée ; la suppuration est abondante. Le pus bien lié est de couleur verdâtre. Toutes les racines infectées sont enlevées en deux séances. Les sequestres sont retirés moins facilement. Après plusieurs jours, l'état de la malade ne s'améliore pas sensiblement, la suppuration est toujours abondante. Quinze jours après le début du traitement, je parviens à retirer un sequestre situé très profondément au niveau de la grande incisive supérieure droite. C'était le dernier.

Trois jours après la suppuration avait cessé et le travail de cicatrisation se faisait régulièrement; l'appétit et les forces commençaient peu à peu à revenir. Trois semaines après et sans autre médication la malade était dans un état déjà très satisfaisant. Depuis deux ans passés aucun symptôme de rechute ne s'est manifesté.

Obs. 2. — MM.. L. 20 ans, souffre depuis dix-huit mois environ de violents maux d'estomac. Le traitement auquel il est soumis n'apporte aucune amélioration dans son état. Il est arrivé à un tel degré de faiblesse qu'il a été ajourné pour son volontariat. Son médecin, en désespoir de cause, attribuant à une mastication imparfaite la persistance de son état, lui conseille de se faire poser des dents artificielles. Il m'est adressé en mars 1886 par un client auquel j'ai soigné la bouche quelques mois auparavant. La fétidité de l'haleine du malade ne me laisse aucun doute sur la cause des maux dont il souffre. L'examen de la bouche me fait découvrir 6 dents à fistules, des racines recouvertes de bourrelets de gencive. Une gingivite suppurée d'origine tartrique apporte son contingent à l'élaboration des produits infectieux. Le malade n'a du reste, aucun besoin d'appareil de prothèse. Une seule des dents infectées ne pouvant être soignée sur place, est extraite de son alvéole et reimplantée suivant les règles de cette opération.

Ce malade a été vu au début et à la fin du traitement, c'est-à-dire trois semaines après, par le Dr Faucher qui a pu constater son retour à le santé. Je l'ai revu cette année en costume militaire; il profitait d'un congé de quelques jours pour venir me serrer la main. Les exi-

gences du service n'empêchent pas notre homme de jouir d'une excellente santé.

Obs. 3. Mon 3e cas est tout récent :

Une jeune femme, 26 ans, dans une situation précaire, habitant le Loiret, vint à Paris au commencement de septembre 1887 pour assister au mariage de son frère. Elle était atteinte depuis 5 ou 6 ans de troubles gastro-entériques qui, s'aggravant de plus en plus, lui occasionnaient d'intolérables souffrances. Depuis quelque temps aucun aliment, même liquide, n'était toléré. Des vomissements très fréquents et une diarrhee incoercible contribuaient à l'affaiblir de jour en jour.

Toute médication avait été impuissante jusque-là. Ayant eu l'occasion de me trouver avec elle, je fus frappé de l'odeur repoussante qu'exhalait sa bouche. Ce cas présentait, à mon avis, une frappante analogie avec les précédents et j'osai lui faire entrevoir un espoir de guérison.

Elle me fut amenée le 5 septembre.

L'examen de la bouche ne me révéla, et j'insiste sur ce fait, qu'une gingivite d'origine tartrique qui était passée secondairement à l'état phlegmoneux.

Le début de l'affection remontait vraisemblablement fort loin, mais la malade ne put lui assigner une date. Le derme mis à nu laissait écouler en abondance un liquide séro-purulent. Je fis commencer le traitement, qui consistait principalement en l'enlèvement du tartre, par mes élèves, MM. Chaigneau et Malinjoud, qui sont en même temps élèves de 1re année à l'Ecole.

L'odeur de la bouche était tellement repoussante que ces messieurs étaient obligés, pour pouvoir continuer leur travail, de faire faire de fréquents lavages d'eau fortement phéniquée.

Avec deux séances par jour, le nettoyage dura quatre jours, car le sang coulant abondamment des gencives ulcérées retardait beaucoup ce travail de déblaiement.

Ici le résultat fut extraordinairement rapide : au 3e jour la guérison, facilitée par de fréquents lavages d'une solution boriquée à 4 0/0 et par des badigeonnages de teinture d'iode, commençait à se dessiner ; les parties encore violacées décelaient la présence des parcelles de tartre oubliées qu'il était alors facile d'enlever.

Le vendredi 9 septembre après-midi, la malade me déclara que, le matin, elle avait pris du lait et du bouillon sans les rejeter; le samedi elle s'essaya à manger et put dans la journée prendre deux œufs, du lait et du bouillon.

Le dimanche 11 septembre, elle repartait dans son pays et, quelques jours après, elle m'informait que ses forces étaient revenues et qu'elle n'éprouvait pas le besoin de choisir ses aliments. Je considère, me disait-elle, que vous m'avez sauvé la vie.

En faisant la part de l'exagération dans l'expression de sa reconnaissance, on doit néanmoins convenir qu'une simple opération de chirurgie dentaire lui avait rendu la santé, ce que la médecine n'avait pu faire pendant 4 années de traitement.

Les faits qui précèdent ont eu pour témoins :

1° De la première observation : M. Chaigneau, le père de votre camarade et votre camarade lui-même. De la deuxième : M. le docteur Faucher, et de la troisième, MM. Chaigneau et Malinjoud, mes élèves qui ont appliqué le traitement, suivi les phases

d'évolution de la maladie, et vu se produire la guérison sous leurs yeux. C'est donc à eux que revient au moins matériellement l'honneur de ce dernier succès. Nous allons tirer les conclusions de ces observations et établir les règles opératoires qui en découlent logiquement. Ce sont ces règles que j'applique depuis longtemps dans ma pratique personnelle. Il y a certes quelques dérogations dans l'ordre des opérations tel que je l'indique; elles seront expliquées lorsque nous ferons la théorie des obturations.

Etant donné une bouche en mauvais état, après avoir convaincu son patient de la nécessité, non de telle ou telle opération, mais de toutes celles qu'exige le retour à l'état physiologique, la première opération à exécuter est le nettoyage des dents et le traitement des gencives.

Concurremment on peut pratiquer aussi l'avulsion des racines pathologiques.

Toutes les racines laissées doivent être soignées par les procédés antiseptiques et bouchées soigneusement. C'est la seule condition qui permette de les garder utilement.

Le traitement des caries du quatrième degré ou l'avulsion des dents qui occasionnent ces caries, si elles ne peuvent être conservées, doit suivre les opérations indiquées plus haut.

Il est bon d'éviter autant que faire se peut les appareils de prothèse, dans ce but on ne doit faire que les extractions absolument indispensables.

Si l'on est obligé, pour faciliter la mastication, pour ne pas laisser des dents sans antagonistes ou pour toute autre raison, de placer des appareils à son malade, sous aucun prétexte on ne posera des pièces à demeure. Il sera bon de ne pas dédaigner de montrer soi-même à son client à brosser soigneusement ses dents et ses appareils qui, mal tenus, peuvent être des cause de caries et d'infection buccale.

Ces préceptes sont faciles à appliquer pour les habiles opérateurs que forme notre Ecole et les malades se laissent bien plus facilement convaincre qu'on ne le croit généralement quand il s'agit de sauvegarder leur santé.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PATHOLOGIE DU SYSTÈME DENTAIRE

Par Eugène Legret

Ex-Chirurgien-Dentiste de l'Hôpital des Enfants malades, Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris).

Depuis le 15 octobre 1880, date du décès du docteur Delestre, notre regretté et excellent maître, mon collègue Grassal et moi, nous avons fait à titre officieux le service qu'il avait créé à l'Hôpital des Enfants malades. Pendant sept années nous avons fai-tous nos efforts pour être utiles au public pauvre qui vient demander des soins dans cet établissement.

Pour mon édification, et aussi pour être dans la mesure de mes moyens utile à mes confrères, j'ai noté, avec soin, les opérations que nous avons faites pendant ces sept années en tenant compte du sexe et de l'âge.

Notre collègue, M. Dubois, a déjà entrepris un travail semblable, en relevant les nombreuses opérations consignées dans les livres de clinique de l'Ecole dentaire de Paris.

Puissiez-vous, Messieurs, juger utile un travail statistique puisé à d'autres sources, fait avec d'autres éléments que ceux que notre Ecole peut réunir; l'étiologie et la pathologie des affections que nous traitons en seront mieux éclairées.

Le mérite de la statistique que je vous présente est peut-être sa spécialité, je regrette de n'avoir pu la faire plus complète. Nous avons surtout opéré des enfants, et pour les dents de première dentition, nous n'avions jusqu'ici que des données fort incomplètes.

M. le docteur Magitot avait communiqué en 1867, à la Société d'Anthropologie, un travail portant sur mille cas, et reproduit dans son traité sur la carie dentaire de la même année.

Je vous montrerai tout à l'heure en quoi nous différons.

Le dépouillement de près de 4,000 cas d'extractions de dents de première dentition est je pense la statistique la plus large faite jusqu'à ce jour.

Je vous dirai tout d'abord, qu'il est bien évident, qu'à l'hôpital, dans les conditions où nous nous trouvions mon collègue et moi,

(1) Ce travail est un résumé des opérations faites à la clinique dentaire de l'hôpital des enfants malades, par MM. Grassal et Legret.

sans fauteuil d'opérations, sans tour dentaire, il nous était bien difficile de donner les soins nécessaires pour faire des obturations, encore moins des aurifications. Ce n'est que dans une école comme la nôtre, que ces soins peuvent être donnés et être suivis d'une façon sérieuse et efficace. Du reste, à part quelques dents permanentes, et en admettant que les patients eussent consenti à revenir, on ne pouvait véritablement songer à conserver les autres dents. Nous avons donc dû nous borner à surveiller le passage de la première à la seconde dention, au traitement de quelques gingivites et stomatites, de quelques fistules cutanées, (ayant souvent pour cause l'application de cataplasmes) de plusieurs nécroses, et surtout aux extractions.

Pendant les années 1881 à 1887, soit sept ans, nous avons fait, à la clinique de l'hôpital, 4601 extractions et 290 personnes ont reçu des soins pour les maladies des gencives et de la bouche.

Nos consultations avaient lieu une fois par semaine.

Les extractions se décomposent en :

Dents temporaires	3827
et en dents permanentes	774

Pour les dents temporaires, 1739 extractions ont été faites au sexe masculin et 2088 au sexe féminin.

Pour les dents permanentes, 332 extractions au sexe masculin et 442 au sexe féminin.

Comme vous le voyez, messieurs, c'est au sexe féminin qu'il a été fait le plus d'extractions, aussi bien pour les dents temporaires que pour les dents permanentes.

Si maintenant nous examinons quelles sont les dents qui ont été le plus souvent extraites, nous voyons que ce sont les premières molaires pour les temporaires, qui figurent pour 1138 et que pour les permanentes, ce sont aussi les premières grosses molaires, lesquelles figurent pour 515.

DENTS TEMPORAIRES

Incisives centrales	457	
» latérales	482	
Canines	638	
1res molaires	1138	
2es »	1112	3827

DENTS PERMANENTES

Incisives centrales	12	
»	18	
Canines	24	
1res petites molaires	45	
2es » »	29	
1res grosses »	515	
2es » »	89	
3es » »	42	774
		4601

Un résumé par sexe et par année m'a paru intéressant, car voici ce qu'il nous donne :

Pour les dents temporaires, c'est en 1884 que les garçons ont été le plus souvent opérés et pour les filles en 1882.

En 1884, 336 garçons sur un total de 650 enfants et en 1882, 345 filles sur un total de 568 enfants.

Pour les permanentes, c'est l'année 1884 qui a fourni le plus de patients du sexe masculin, et l'année 1885 pour le sexe féminin :

En 1884, 73 hommes et garçons sur un total de 146 personnes et en 1885, 81 femmes et filles sur un total de 127 personnes.

RÉSUMÉ PAR ANNÉE ET PAR SEXE

DES DENTS TEMPORAIRES ET PERMANENTES EXTRAITES

ANNÉES	TEMPORAIRES		PERMAMENTES	
	GARÇONS	FILLES	HOMMES et GARÇONS	FEMMES et FILLES
1881.	209	220	36	42
1882.	223	345	34	57
1883.	249	299	47	67
1884.	336	314	73	73
1885.	270	342	46	81
1886.	278	305	67	69
1887.	174	263	29	53
	1.739	2.088	332	442
	3.827		774	

Voici maintenant un autre tableau, indiquant les extractions par année et par sorte de dents, sans distinction de côté ni de maxillaire.

TEMPORAIRES

ANNÉES	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	TOTAUX
Incisives cent..	45	49	73	85	78	81	46	457
d° latér..	55	57	85	65	85	92	43	482
Canines........	87	100	85	113	102	88	63	638
1res molaires ...	144	174	165	177	170	162	146	1138
2mes molaires ...	98	188	140	210	177	160	139	1112

EXTRACTIONS PAR ANNÉES ET PAR MOIS

ANNÉES	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	TOTAUX
Janvier..........	34	55	38	79	49	52	32	339
Février..........	54	46	35	47	47	50	12	291
Mars............	51	32	32	56	65	71	53	360
Avril............	36	43	55	73	48	57	68	380
Mai...a.........	40	49	84	65	43	56	71	414
Juin............	52	39	71	64	48	95	61	430
Juillet	53	55	65	64	72	55	64	428
Août............	65	60	70	55	61	83	97	491
Septembre........	32	81	51	158	105	70	54	551
Octobre..........	42	58	67	40	55	33	7	302
Novembre........	30	72	55	41	97	69		364
Décembre........	12	69	39	54	49	28		251
	507	659	662	796	739	719	519	4601

J'ai pensé également à faire un résumé des opérations par mois et par années et vous remarquerez que c'est le mois de décembre qui est le moins chargé dans presque toutes les années, qu'au contraire les cinq mois d'été : mai, juin, juillet, août et septembre, sont ceux qui nous ont fourni le plus d'opérations, et que parmi ces cinq mois, c'est celui de septembre qui est le plus fort, il atteint, pour les sept années, 551 extractions.

Comme explication de ce fait, bien entendu sous toutes réserves, on peut, dans une certaine mesure, invoquer la période des vacances, permettant aux parents de donner plus de soins à leurs enfants sous le rapport de la denture.

Ce qui pourrait justifier cette manière de voir, c'est que le mois d'août, après celui de septembre, est le plus chargé avec 491 extractions(1).

Voici encore un tableau par année, par chaque sorte de dent, par côté et par maxillaire, un pour les dents temporaires et un pour les dents permanentes :

Ces deux tableaux m'ont fait remarquer un point assez curieux :

Les femmes et les filles ont été opérées en plus grand nombre que les hommes et les garçons, dans toutes les années, aussi bien pour les dents temporaires que pour les dents permanentes, et seule, l'année 1884 semble faire exception à cette sorte de règle ; c'est précisément cette même année 1884 qui a été la plus féconde en opérations et dans laquelle ce sont les garçons qui ont fourni le plus d'opérés :

336 garçons contre 314 filles.

Un autre point à noter est le suivant :

Les 2mes molaires temporaires des deux côtés au maxillaire inférieur, sont les dents qui ont fourni le plus d'extractions.

Les raisons que je pourrais donner de ce fait que les filles sont plus souvent opérées que les garçons, seraient d'abord la constitution plus délicate des filles qui les prédispose à la carie, puis, l'attention plus particulière que les familles en général apportent à la denture de leurs jeunes filles.

Enfin, pour terminer ce travail, j'ai dressé un dernier tableau, par année et par âge de quatre ans à treize ans, où l'on peut remarquer, fait très important à noter, que les garçons et les filles, en les comptant par âge, se chiffrent exactement par le même nombre, soit : 1,980 pour chaque sexe, et que, si nous les prenons par année et toujours par âge, nous n'avons qu'un écart de deux, soit : 1,981 garçons contre 1,979 filles.

Si maintenant nous désirons savoir à quel âge il a été fait le

---

(1) Voir page 579.

plus d'opérations, nous voyons par ce dernier tableau que c'est à l'âge de huit ans qu'il a été fait le plus d'extractions :

Soit : 405 garçons et 373 filles.

Maintenant, Messieurs, comme complément de cette statistique, j'ai dressé un tableau récapitulatif, relatif auxdents temporaires : portant sur 3827 cas.

DENTS TEMPORAIRES

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

		1881		1882		1883		1884		1885		1886		1887		TOTAUX
		Garçons.	Filles.	Garçons.	Filles.	Garçons	Filles.	Garçons.	Filles.	Garçons.	Filles.	Garçons.	Filles.	Garçons.	Filles.	
COTÉ DROIT	Incisives centr.	6	4	5	12	8	12	13	15	18	12	13	13	4	6	141
	d° latér.	7	6	8	13	11	14	10	10	15	13	6	17	7	6	143
	Canines.......	17	10	20	15	15	18	17	13	14	20	13	10	8	7	187
	1res molaires...	15	18	21	34	23	16	26	14	17	20	19	18	7	22	270
	2mes molaires..	8	12	17	29	8	13	19	18	16	25	14	16	12	22	229
COTÉ GAUCHE	Incisives centr.	6	5	2	10	14	10	6	17	12	10	15	10	6	7	130
	d° latér.	7	8	6	7	10	17	8	8	10	9	12	19	3	10	134
	Canines.......	8	9	14	11	8	14	15	17	12	16	8	11	14	11	168
	1res molaires ..	17	9	18	21	17	20	23	24	17	19	22	18	18	15	264
	2mes molaires..	7	9	15	23	14	17	27	16	16	20	20	20	12	15	231
MAXILLAIRE INFÉRIEUR																
COTÉ DROIT	Incisives centr	10	4	4	8	7	9	6	10	7	6	7	6	3	7	94
	d° latér	6	7	7	4	7	9	4	8	9	10	8	12	4	5	100
	Canines......	11	8	4	17	8	7	14	15	10	12	10	13	3	7	139
	1res molaires...	24	25	11	24	17	24	32	19	21	26	24	22	16	26	311
	2mes molaires..	14	22	20	37	20	20	38	27	23	25	14	25	16	25	326
COTÉ GAUCHE	Incisives centr.	7	3	2	6	4	9	7	11	6	7	7	10	3	10	92
	d° latér.	4	10	6	6	7	10	9	8	6	13	6	12	4	4	105
	Canines.......	10	14	7	12	7	8	12	10	3	15	14	9	3	10	134
	1res molaires...	15	21	17	28	20	22	18	21	18	32	20	19	15	27	293
	2mes molaires...	10	16	19	28	14	24	32	33	20	32	26	25	16	31	336
		209	220	223	345	249	299	336	314	270	342	278	305	174	263	3 827
		429		568		548		650		612		583		437		

Je vais vous montrer, comme je vous le disais au commencement de ma communication, les points sur lesquels nous différons avec le Dr Magitot.

En examinant ces deux tableanx la première chose qui saute aux yeux, c'est la différence qui existe dans la proportion par maxillaire.

Ainsi le tableau du docteur Magitot nous donne 543 dents cariées pour le maxillaire supérieur, contre 457 pour l'inférieur, soit une différence de 86 EN MOINS pour le maxillaire supérieur; au contraire dans le mien vous trouvez 1897 pour le maxillaire supérieur contre 1930 pour l'inférieur, soit une différence de 33 EN PLUS pour le maxillaire inférieur.

Cette différence entre les deux maxillaires et les deux tableanx a d'autant plus d'importance, qu'elle porte surtout sur les premières et deuxièmes molaires.

En poursuivant nos comparaisons, nous voyons que dans les deux tableaux les dents le plus souvent atteintes, et qui figurent au premier rang, sont les premières molaires avec 332 pour le premier tableau et 1138 pour le srcond.

Si nous séparons les maxillaires et si nous examinons les proportions pour les deux molaires dans ces deux tableaux, nous remarquons que la proportion est la même pour les premières et deuxièmes molaires au maxillaire supérieur, mais que pour le maxillaire inférieur, nous trouvons dans le tableau du docteur Magitot :

208 premières molaires inférieures
et 168 deuxièmes molaires inférieures

Soit une différence de 40 EN MOINS pour les deuxièmes molaires au lieu que dans le mien ce sont les deuxièmes molaires qui sont en plus grand nombre :

604 premières molaires inférieures
et 662 deuxièmes » »

Soit une différence DE 58 EN PLUS pour la deuxième molaire dans le tableau du docteur Magitot, viennent ensuite :

1° les incisives latérales avec 180
2° » centrales » 140
et 3° les canines » 87

Dans le mien cet ordre est changé et nous donne :

1° les canines avec 638
2° » incisives latérales » 482
et 3° » » centrales » 457

Je finis, messieurs, et en quelques mots vous donne les conclusions que l'on peut tirer de cette statistique, spécialement en ce qui concerne les dents temporaires :

1°. — Au point de vue des saisons ou plutôt des mois, les en-

fants seraient opérés en plus grand nombre dans celui de septembre.

2°. — C'est à l'âge de huit ans qu'il leur serait fait le plus d'extractions.

3°. — Les premières molaires, en comprenant les deux mâchoirs, seraient le plus souvent atteintes, mais en séparant les maxillaires, ce serait les deuxièmes molaires inférieures qui tiendraient le premier rang.

4°. — Les extractions chez les filles seraient plus nombreuses que chez les garçons.

5°. — En prenant les enfants par âge, les garçons et les filles se chiffreraient exactement par le même nombre.

L'ART DENTAIRE AUX ÉTATS-UNIS

Par M. P. Dubois.

II. — L'ENSEIGNEMENT

Les Etats-Unis ont eu l'honneur et le profit de créer la première école dentaire que le monde ait connue. Ce pays est aujourd'hui celui qui en compte le plus ; leurs anciens élèves exercent sous toutes les latitudes. Aussi pour nous, *venus au monde plus tard en un monde plus vieux*, il était du plus haut intérêt de voir de près les écoles dentaires américaines.

Si la délégation dont on nous avait chargé ne nous avait fait un devoir d'étudier particulièrement ce côté de la question, notre curiosité de praticien y aurait suppléé.

Le temps dont nous disposions, l'époque où nous étions en Amérique — qui était celle des vacances — ne nous permirent pas de visiter les écoles en plein exercice. Malgré cela, les renseignements, les documents que nous avons recueillis sont assez nombreux pour nous permettre de faire connaître les traits essentiels de l'organisation, du fonctionnement des écoles américaines, leur rôle professionnel.

La première école dentaire fut fondée à Baltimore en 1839. Elle eut bientôt de nombreuses émules.

Actuellement les principaux états ont une école dentaire, le Maryland en a deux, la Pennsylvanie, l'Illinois en ont trois. Les Etats-Unis en comptent actuellement vingt-huit.

Celles en plein exercice sont :

	Fondé en
Baltimor College of dental surgery	1840
Ohio College of dental surgery	1845
Pennsylvania College of dental surgery	1855
Philadelphia dental College	1863
Missouri dental College	1866
Boston dental College	1867
Indiana dental College	1879
Dental Dept. of University of Maryland	1881
— — — Iowa	1881
— — Vanderbilt University	1879
— — University of Tennessee	1878
Dental College of University of Michigan	1875
Dental Dept. of University of Pennsylvania	1878
New-York College of dentistry	1866
Dental Dept. of Harvard University	1869
Kansas City dental College	1881
Dental Dept. of University of California	1881
Chicago College of dental surgery	1882
Dental Dept. of Minnesota College Hospital	1882
Dental Dept. National University	1884
Northwestern College of dental surgery St-Paul	1885

Le Dental Department de l'école de Meharry ne reçoit que des étudiants nègres. Quelques-unes ne reçoivent pas d'étudiants féminins.

Ces écoles appartiennent toutes à des associations privées, limitées à quelques membres, généralement le doyen et les principaux professeurs. Afin de donner plus d'autorité à l'institution, les fondateurs s'adjoignent un comité composé de notabilités administratives, politiques ou mondaines ; mais ces personnes ne sont là qu'à titre honorifique, et leur incompétence leur interdit l'ingérence dans la direction effective.

Parfois l'école dentaire n'est pas une institution isolée ; elle fait partie d'un ensemble donnant place dans des locaux voisins à une école de médecine, de technologie, etc. Mais, isolée ou associée, elle ne relève en rien de l'Etat, de la municipalité, ni même de la corporation.

Cette constitution simplifie les rouages; par contre, elle ne comporte pas les garanties que la surveillance, la coopération du public compétent assureraient.

Certaines sont des plus honorables ; leurs directeurs ont conscience de leur rôle dans l'ensemble de l'organisme professionnel, le succès financier ne les intéresse que secondairement ; mais on devine qu'il n'en est pas ainsi pour toutes.

Le titre de docteur est si commun en Amérique, qu'on n'y attache pas la même distinction que dans les pays où il est obtenu après de longues études ; le titre de professeur jouit encore de certain prestige ; de là, la tentation de fonder une école, en ne s'oubliant pas dans la liste des membres du corps enseignant.

Les écoles à longue scolarité, à examens sérieux, ne sont pas

toujours celles qui ont le plus d'élèves, et surtout d'élèves étrangers. On verra plus loin que l'Association des dentistes américains tente de réagir contre les facilités, les complaisances intéressées de nombre d'entre elles; mais il y a deux ou trois années l'examen d'entrée n'existait guère; la première année ne se faisait que partiellement ou pas du tout, principalement quand le candidat allait porter son titre de D. D. S. dans le vieux monde.

On sait que l'article d'exportation n'est pas habituellement le mieux fabriqué. Cela est peut-être plus vrai pour les diplômes que pour le reste.

Nous avons en France quelques-uns de ces docteurs en chirurgie dentaire qui ont su trouver des accomodements avec le doyen qui les a consacrés; mais c'est surtout l'Allemagne qui en possède le plus.

Pour donner une idée de la valeur de quelques écoles, nous ferons un extrait aux procès verbaux de la réunion annuelle des administrateurs chargés dans les Etats où il y a réglementation de décider sur la capacité professionnelle de ceux qui veulent exercer l'art dentaire. Il est tiré de l'*Indépendant Practioner* de 1886, page 489.

« Le Dr Kirk parle du cas de deux collèges dont les diplômés
« ne sont pas reconnus par les examinateurs de l'Indiana. Les
« diplômés du collège de dentisterie de Louisville qui se sont
« présentés devant eux, n'ont pas pu nommer un seul livre d'é-
« tudes servant dans ce collège. Il ne fut pas possible d'établir
« que les candidats eussent jamais suivi aucun cours régulier.
« Les étudiants inscrits en mars étaient diplômés en juin de la
« même année. Un de ceux-ci montrait qu'il n'avait aucune
« connaissance en art dentaire. Le collège de Tennessee, a plu-
« sieurs fois diplômé des étudiants après une seule session d'é-
« tudes.

Le Dr Barrett dit aussi :

« Du vilain travail a été fait par les collèges et les étrangers
« particulièrement ont obtenus très facilement des diplômes. »

Nous devons ajouter que le doyen du collège de Louisville donna pour excuse que les diplômes avaient été accordés en son absence par le président de l'Ecole de médecine.

Nous publions aussi plus loin une correspondance édifiante à cet égard.

En Amérique, le prix des études dentaires est assez élevé. Le coût de l'inscription pour la session régulière (de cinq mois) n'est jamais au dessous de 525 fr. (100 dol.)

Si nous prenons pour exemple l'école dentaire de New-York, nous voyons que, pour la première année, le prix est de 626 fr., pour la deuxième de 708,75. Il y a en plus à cette école des cours facultatifs, dont le total est, pour les deux années, de 682,50 (130 dol.), ce qui fait pour les études complètes 2.021.25 (385 dol.).

Au Dental Department de l'université de Harvard, la somme des droits est pour les trois années de 2.100 fr. (400 d.) dont 1.050 pour la première année.

L'année est payée en entier le jour de l'inscription dans les mains du doyen, qui est à la fois le trésorier et le directeur de l'école.

Les écoles américaines n'ont pas habituellement de boursiers; l'exigibilité immédiate et totale des droits, l'heure des cours rendent quasi impossible les études de dentisterie opératoire, l'obtention du diplôme pour les mécaniciens.

Les ressources de l'institution ne sont pas limitées aux droits payés par les étudiants : la rétribution demandée aux malades s'y ajoute. Cela n'est pas sans valeur; au Philadelphia Dental College par exemple on reçoit par jour jusqu'à cent patients, qu'ils demandent des aurifications, un appareil, des opérations avec anesthésie; tous sont acceptés. Si les élèves ne peuvent immédiatement exécuter le travail, il est donné un numéro d'ordre, assurant au patient qu'il sera servi à tour de rôle. Les écoles dentaires sont donc, avec ce système, non seulement des établissements d'enseignement, mais encore des maisons de dentisterie à bon marché et, grâce à la gratuité de la main d'œuvre, les propriétaires de quelques écoles réalisent parfois des bénéfices assez importants. La conséquence la plus fâcheuse de cette organisation est le préjudice causé aux praticiens de la ville par l'avilissement des prix et le détournement d'une partie de la clientèle.

Les trois écoles de Philadelphie ont, à elles trois, près de 350 élèves, il est reçu quotidiennement à leurs cliniques non moins de 200 à 250 malades par jour. Si ces patients étaient des nécessiteux, on n'aurait pas à déplorer le service d'humanité qui leur est rendu; mais quiconque connaît la clientèle de clinique, devine bien que la plus grande partie y trouve un moyen facile pour ne pas payer la juste rémunération du travail qu'ils exigent.

Voici les prix à l'Ecole de New-York :

Extraction .... 0 fr. 50
Amalgame, ciment.......................... 2 fr. 60
Aurification .... 7 fr. 80
Appareils partiels ou complets en caoutchouc de 26 fr. 25 à.............................. 31 fr. 50
Appareils en métal (ils se font rarement) de 105 fr. à.............................. 131 fr. 25

Dans certaines écoles, les prix sont un peu moins élevés.

Actuellement la session régulière est de cinq mois; il est demandé qu'elle soit étendue; quelques écoles ont déjà une session plus longue, mais c'est le petit nombre. Les cours ouvrent aux premiers jours d'octobre et finissent aux derniers jours de février. Si cette session est relativement courte, elle est des mieux remplie; pendant ce temps on demande aux étudiants un travail

sans relâche. Trois jours par semaine, le matin, sont pris par l'assistance et les opérations à la clinique; les trois autres sont consacrés à la prothèse. Les cours théoriques ont lieu l'après-midi cinq jours par semaine. Il n'est fait aucun travail l'après-midi du samedi. Le dimanche l'école est fermée. Il y a chaque jour jusqu'à trois cours, de deux heures et demie à cinq heures et demie; la soirée est occupée par la dissection de sept heures et demie jusqu'à dix heures.

Le nombre des professeurs est limité à quelques titulaires, cinq ou six au plus, si nous consultons le programme des cours, nous voyons qu'ils ne sont pas des maîtres inactifs, car il en est qui ont des cours tous les deux jours, c'est-à-dire trois fois par semaine pendant la session d'hiver.

Voici les cinq cours comprenant l'ensemble des matières théoriques enseignées à l'Ecole dentaire de New-York : 1° Anatomie régionale et chirurgie orale; 2° Dentisterie opératoire et thérapeutique dentaire; 3° Anatomie; 4° Physiologie, histologie générales; 5° Prothèse dentaire. A ces cinq professeurs, faisant en moyenne une quarantaine de leçons par session, il est ajouté trois ou quatre conférenciers faisant une fois par semaine, pendant un mois, des conférences sur des matières jugées ne pouvoir alimenter une longue suite de leçons : l'anesthésie au protoxide d'azote, l'histologie spéciale. Au total il est fait 385 heures de leçons, il est consacré 275 heures à la dissection. Le travail à la clinique est de 264 heures il en est consacré autant à l'étude pratique de la prothèse.

Sauf à l'Université de Harvard et à celle de Pennsylvanie, des cours séparés ne sont pas faits aux étudiants des différentes années et les élèves entendent deux années de suite les mêmes cours.

La session de printemps, du 15 mars au 15 mai, est destinée aux élèves ayant échoué aux examens de fin d'année ou de fin d'études. Elle ne comporte qu'un petit nombre de cours théoriques.

L'installation matérielle du *Dental Department* de l'Université de Pennsylvanie est l'idéal du genre : laboratoires spacieux, salle de clinique éclairée de nombreuses baies, fauteuils modernes (40 du modèle Morrisson), piles électriques pour actionner le maillet (une par six fauteuils), amphithéâtre bien éclairé, bien agencé pour la démonstration au tableau, pour l'audition des cours théoriques. On ne peut souhaiter un cadre plus vaste et mieux approprié à nos besoins.

Cette institution, dotée au siècle dernier, a actuellement de grandes ressources. Elle en fait le plus noble emploi. Les autres écoles n'ont pas cette installation grandiose; malgré cela, elles ont l'essentiel, de la lumière et de la place.

La plupart ne renferment pas de bibliothèque; le musée y est assez restreint : les pièces d'examen faites par les élèves en constituent le principal élément.

Le laboratoire de prothèse contient toujours un fourneau pour faire les appareils à gencive continue ; ce genre de travail est souvent demandé comme épreuve pratique.

L'organisation et la surveillance du travail à la clinique et au laboratoire diffèrent quelque peu de ce qui existe chez nous : elles incombent à un chef de clinique et à un chef de laboratoire de service pendant toute la durée de la session, qui n'ont que rang de professeurs suppléants et sont généralement des praticiens d'avenir et de valeur; malgré cela, ils ne sont pas ceux que la profession a déjà mis au premier rang. Ils sont indemnisés. A côté d'eux, des démonstrateurs choisis parmi les lauréats ou les meilleurs élèves des sessions précédentes font office de démonstrateurs. Ces fonctions exercées à titre temporaire ne donnent aucun droit à un avancement hiérarchique. Il n'existe ni concours, ni limitation réglementaire pour le choix des professeurs. Les propriétaires de l'école font ce qu'ils jugent bon à cet égard. Aussi nombre de dentistes des plus distingué, n'ont pas place dans le corps enseignant des écoles dentaires.

Quelques écoles font partie d'un ensemble constitué en faculté. Cela n'a rien de comparable à ce que nous dénommons ainsi en Europe. Alors les élèves ont droit d'assister aux cours de médecine générale, ils ont entrée dans les salles d'hôpital. A l'Université de Harvard, les études de première année sont communes aux étudiants médecins et aux étudiants dentistes. Le diplôme de cette école est le seul diplôme américain qui soit accepté en Angleterre comme équivalent à celui de licencié en chirurgie dentaire et donnant le droit d'exercice.

Pour la plupart des étudiants des écoles dentaires, il est facile d'ajouter le titre de docteur médecin à celui de docteur en chirurgie dentaire : on ne leur demande pour cela qu'une année d'études complémentaires à condition qu'ils aient assisté pendant les deux premières années à certains cours de médecine générale.

Pendant l'année scolaire 1886-87, il a été décerné le diplôme de D. D. S. à 597 étudiants.

Telles sont les bases, les linéaments de l'enseignement de notre profession aux Etats-Unis ; l'initiative individuelle la créé, jusqu'ici elle l'a fait vivre et se développer sans l'intervention des pouvoirs publics, sans celle de la corporation. Pourtant la surveillance de celle-ci s'impose, afin d'empêcher l'abaissement du niveau des études, et d'entraver les complaisances coupables en matière de délivrance des diplômes. Nos confrères l'ont compris.

En 1885, il a été établi que les délégués des écoles qui accepteraient un programme minima se réuniraient tous les ans pour délibérer sur les affaires communes.

En 1886, dix-sept écoles s'étaient fait représenter à la réunion; en 1887 nous en comptons vingt-trois ; il a suffi d'un rappel public à la pudeur pour imposer à presque toutes le programme minima de l'Association. Deux ou trois écoles ont refusé de s'y sou-

mettre, mais elles sont mises à l'index et avant peu leurs diplômes seront entièrement dépréciés.

L'Association a imposé l'obligation des deux sessions d'hiver et celle de l'examen d'entrée; quelques-uns de ses membres demandent d'augmenter la durée de la scolarité et de la porter à neuf mois pour chaque année d'études. On a nommé une commission chargée d'examiner un ensemble de livres classiques. Par suite de cette impulsion nous allons entrer dans une nouvelle phase et, si un travail de concentration s'opérait, si quelques écoles interlopes disparaissaient, si on enrayait les mauvaises dispositions de quelques autres, il deviendrait encore difficile aux dentistes européens de lutter contre leurs confrères transatlantiques.

Un dentiste américain des plus distingués et des plus sympatiques, le docteur Harlan, que nous avons été heureux de rencontrer à Washington, voulait bien dire à ses compatriotes, dans son excellente étude sur les écoles dentaires européennes, que notre jeune institution méritait l'approbation. Nous sommes fiers de son appréciation, mais il ne faut pas nous dissimuler que nous aurions encore beaucoup à faire pour que les dentistes qui viendront assister à notre congrès aient tous une opinion aussi favorable.

De tous côtés l'on travaille à assurer à notre art de nouveaux progrès. Il a été créé dans quelques pays des écoles dont les gouvernements ont pris la direction; elles ont été installées largement et avec les grandes ressources matérielles et scientifiques dont ils disposent. Dans d'autres, comme les Etats-Unis par exemple, nous sommes en présence d'un corps professionnel nombreux, dont l'organisation remonte à un demi-siècle, soutenu en plus par des maisons de fournitures, puissantes, généreuses, comprenant leur solidarité avec les dentistes et sachant bien que le progrès en art dentaire s'accompagne presque toujours de nouveaux instruments dont elles sont les premieres bénéficiaires, La concurrence vitale a maintenant le monde pour champ d'action; que la valeur professionnelle des nôtres reste stationnaire etla vie leur deviendra difficile. Dans notre monde, servir le progrès, c'est garder sa place au soleil.

IXe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES TENU A VASHINGTON

Par M. P. Dubois

Délégué de l'Association générale des Dentistes de France.

XVIIIe SECTION. CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE.

PREMIERE JOURNÉE (1)

PYOHÉMIE CHRONIQUE D'ORIGINE DENTAIRE. — M. PORRE.

L'auteur de cette communication montre par des exemples les désordres généraux causés par les dents. Un patient, qui avait été soigné pendant trente ans pour des affections graves, fut guéri par l'extraction d'une molaire de sagesse, causant une suppuration dont pendant longtemps on avait ignoré la source. M. Porre note la ressemblance entre des affections d'origines diverses, mais ayant toutes pour résultats de distribuer des agents morbides dans les différents tissus L'étendue des désordres produits par les dents cariées est en proportion de la gravité du cas, de l'idiosyncrasie du patient, de sa résistance vitale. Parmi celles qui ont souvent cette source, on peut citer le scorbut (?), la pyorrhée alvéolaire, l'abcès alvéolaire avec ou sans pénétration dans le sinus maxillaire. Les lymphatiques et les autres vaisseaux sont les canaux d'infection générale, portant les ptomaïnes, le pus décomposé. L'organisme est vicié dans son entier. L'auteur cite plusieurs observations à l'appui de sa thèse.

M. F. Lydston croit que M. Porre a donné l'explication de nombreux malaises qu'on ne pourrait expliquer sans cela; la matière septique est assez généralement trouvée sur les racines des dents ; dans certaines circonstances elle est absorbée par le sang et produit des troubles plus ou moins graves. La bouche est un milieu favorable pour la culture des bactéries. Les symptômes spéciaux dont parle M. Porre, furoncles, abcès dermiques, ont été trop négligés par beaucoup d'auteurs.

La faible étendue de la lésion, la lenteur relative du mode d'absorption du poison, expliquent la marche chronique des affections subséquentes.

DEUXIÈME JOURNÉE

Séance du matin

La discussion sur la communication de M. Porre continue.

M. Chance montre un spécimen de membrane pyogénique qu'il avait enlevée. Le trouble commença par l'incisive latérale gauche, puis bientôt la voûte palatine fut envahie jusqu'à l'os palatin. Le patient avait une haleine fétide, une langue épaisse, était troublé par l'insomnie, et devenu débile. La dent fut enlevée et aussi un

(1) Voir Odontologie, septembre 1887, p. 414.

peu l'os, autant qu'on le put faire sans faire de résection étendue sur le palais.

M. Barrett demande à l'orateur ce qu'il appelle une membrane pyogénique.

M. Chance réplique que c'est un produit de l'inflammation, une croûte extraite de la cavité pathologique.

M. J. Walker a été surpris que M. Porre recommande aussi souvent le davier. Ses préférences sont pour le traitement des dents. Il a entendu avec grand plaisir ce que dit M. Lydston. Miles et Underwood ont dépensé trois années à la recherche des microbes et des bactéries ; leurs conclusions sont sans doute familières aux membres de l'assemblée. Ne semble-t-il pas que les cas cités par M. Porre sont consécutifs à l'action microbienne ?,.. En supprimant cette cause, la guérison aurait été obtenue.

M. Rehwinkel dit que tous les dentistes sont familiers avec les troubles décrits par M. Porre ; le professeur Dawson lui disait récemment : « L'idée d'une pyohémie résultant de lésions den-« taires, qui la connaissait ? Si, cinq années avant, un dentiste « avait dit à la profession médicale que c'était possible et même « probable, tout le monde l'aurait appelé fou. Nous avons pour-« tant vu ces cas à Cincinnatti, nous les avons traités jusqu'à en « être fatigué ; il y a un dentiste qui les diagnostique, qui les « traite et les guérit en un temps relativement court. » Cette communication nous ouvre un nouvel ordre de recherches : les relations de la pyohémie chronique et des altérations dentaires et buccales.

M. Brackett pense que si on voulait regarder soigneusement les cas de caries osseuses et de nécroses, on les trouverait beaucoup plus fréquentes que par le passé.

M. Younger voudrait suggérer simplement l'usage de deux remèdes : l'acide lactique, qui a une grande affinité pour les sels de chaux, et amènerait la désintégration de l'os nécrosé ; l'autre est le sublimé corrosif en solution comme désinfectant à la dose de 2 à 4 pour mille.

M. Genese. — Tous les remèdes qui ont été mentionnés sont capables de produire des eschares ; l'extrait solide de pavot blanc n'a pas les mêmes inconvénients. Une petite boulette placée sur la partie affectée donne des résultats satisfaisants. Dissous dans l'eau, il fait un excellent gargarisme.

M. Whitefield use de l'électrolyse ; elle détruit les micro-organismes et aussi l'os nécrosé par décomposition. Il en use également dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire, en passant une aiguille de platine iridiée dans la poche et plaçant l'autre pôle à l'extérieur de la gencive.

M. Storey demande à M. Porre par quelle voie le pus entre

dans le sang, par absorption directe ou indirectement par l'estomac et la digestion.

M. Porre répond qu'il laisse ce point à discuter à la section. Dans son opinion, le sang est vicié des deux manières. Si l'individu a une forte constitution, il peut rejeter le poison.

M. Walker explique qu'il a été surpris d'entendre parler de la nécessité d'extractions aussi nombreuses. A Londres on cherche à préserver les dents plutôt qu'à les extraire.

M. Porre réplique que toutes les dents extraites n'avaient aucune chance de conservation. Elles étaient trop compromises ainsi que les parties voisines pour qu'il fût possible de faire un autre traitement. En général, il est de l'avis de M. Walker.

M. Barrett pense que cette discussion était certainement la plus élevée qu'on pût avoir actuellement. Il s'étonne de l'expression de « membrane pyogénique »; il suppose qu'elle est abandonnée. Il combat l'affirmation que le pus est nécessaire à l'origine des troubles mentionnés. Il ne peut y avoir de migration des corpuscules du pus, comme le dit la communication. Le pus a toujours une origine locale, et s'il est porté à une certaine distance, il est éliminé. Il peut donc y avoir migration des micro-organismes, mais non du pus.

La discussion est close.

M. Dudley lit une communication de M. Brasseur :

DE L'AIR EN THERAPEUTIQUE DENTAIRE.

L'auteur veut attirer l'attention sur les avantages de l'air chaud pour nettoyer les cavités, pour les sécher et analgésier la dentine. Dans les caries du deuxième degré, la sensibilité d'une dent est en proportion avec son état hygrométrique. L'air chaud facilite aussi la pénétration des médicaments.

L'acide phénique et tous les caustiques peuvent produire à travers les canalicules des désordres du côté de la pulpe; ils ne sont donc pas recommandables. Il vaut mieux, après avoir posé la digue, user de l'air chaud; si cela n'est pas suffisant, on peut y joindre l'application d'huile de girofle, une mixture de chloral et de camphre ou :

1°	Eugénol	10 grammes.
	Chlorhydrate de cocaïne...........	1 —
2°	Vératrine..........................	2 gr. 10.
	Alcool absolu......................	6 gouttes.

Dissoudre et ajouter : tannin, 35 centigrammes; glycérine, 8 grammes.

Une goutte appliquée sur du coton pénétrera dans les canalicules sans air chaud. L'auteur a constaté les désastreux effets de l'acide phénique dans la première dentition. Des abcès se sont formés, ainsi qu'une nécrose alvéolaire. Beaucoup de personnes

qui n'usent pas d'acide arsénieux usent de l'acide phénique et arrivent au même résultat, mais avec plus de lenteur.

Lorsqu'il y a décoloration profonde de la dentine avec ramollissement partiel et que l'enlèvement de cette couche risquerait d'exposer la pulpe, on peut la laisser en place à condition de la stériliser par l'air chaud suivi d'une application d'une solution de sublimé au 1[1000, air chaud renouvelé, puis huile de girofle ou eugénol, et enfin, après nouvelle dessiccation, un revêtement de teinture éthérée de copal, couvert ensuite soit de gutta-percha, soit de papier d'amiante imbibé d'huile de girofle ou d'acide salycilique dissous dans l'eucalyptol ou dans tout autre antiseptique non caustique.

Dans les caries du troisième degré, il faut distinguer trois états : 1° sensibilité au froid; 2° sensibilité au froid et au chaud ; 3° sensibilité à la chaleur seule la pulpe est alors suppurante, la gangrène et la mortification s'ensuivent. Dans le premier état les plus minutieuses précautions sont nécessaires, la conservation de la vitalité de la pulpe étant possible par le coiffage. M. Brasseur emploie pour cela une coiffe en platine portant la pulpine de Rosenthal qui consiste en un mélange d'oxyde de zinc anhydre et d'huile de girofle; la pâte doit être faite à consistance crémeuse, puis une obturation plastique est faite pour terminer.

Dans le second état, la même marche est suivie après résection de la partie inflammée de la pulpe. Ce n'est que lorsqu'il y a eu violente odontalgie que la dévitalisation est alors pratiquée.

Dans les cas de gangrène de la pulpe après pose de la digue, la cavité est séchée avec de l'alcool absolu, puis il est appliqué une solution de bichlorure de mercure au 1[1000 ou de bi-iodure qui est plus puissant.

En séchant ensuite avec l'air chaud, on évite les innombrables pansements qui sont encore pratiqués. Lorsque la pulpe, est atteinte, les précautions antiseptiques sont nécessaires. S'il y a abcès alvéolaire et complications et qu'il soit nécessaire de porter une ou deux gouttes d'acide phénique dans le sinus, l'usage de l'air chaud comprimé portera le médicament à l'apex de la racine et au-delà. L'alvéole et les canaux nettoyés, il peut être placé un pansement de tannin et d'iodoforme.

L'air chaud est indispensable pour l'usage de la gutta-percha, de l'or et du ciment de Weston. Il sert aussi pour déterminer si la dent est vivante ou morte en injectant alternativement de l'air chaud, puis de l'air froid.

Séance de l'après-midi

M. Brackett a pu prendre communication avant la séance du travail de M. Brasseur; il ne lui fera que de faibles critiques. M. Jack expliquait bien l'action de la sécheresse en disant que la circulation vitale était correspondante à l'eau contenue dans les

tissus dentaires et que, par conséquent, en éliminant cette eau, on enlevait à la dent quelques-unes de ses fonctions et surtout l'une d'elles, la transmission de la sensation. Il est probable que l'eau contenue dans la dent est logée principalement dans la partie organique et non dans les sels terreux.

En éliminant une portion de cette eau, on fait quelque chose d'analogue à l'enlèvement d'un mollusque de son élément humide pour l'exposer au soleil.

M. Brasseur dit : Je regrette l'usage de l'acide phénique et de tous les agents caustiques, car il n'est pas douteux que, portés dans les canalicules ils ne provoquent tôt ou tard certains troubles de la part de la pulpe. L'auteur est ainsi en contradiction avec ceux qui pensent que l'acide phénique déliquescent et la créosote sont des agents appropriés au traitement des pulpes exposées.

Je pourrais signaler la contradiction de l'auteur qui ne permet pas l'usage de l'acide phénique pour atténuer la sensibilité, et pour la désinfection et pour l'antiseptie dans les cavités ordinaires non perforantes.

J'ai usé de l'acide phénique déliquescent pour humecter les cavités devant être obturées, cela pendant quatorze ans; je crois avoir bien fait. Si l'auteur voulait dire qu'il est mauvais de placer des cristaux d'acide phénique dans le fond d'une cavité et de les laisser indéfiniment, la critique aurait moins de raisons d'être. Appeler des dents sans pulpes des dents mortes me semble être une inexactitude venant de l'auteur ou de son traducteur. Je suis heureux de voir l'acide arsénieux ainsi condamné et je ne puis qu'appuyer cette opinion. Les différences dans les états de la pulpe exposée et le traitement afin d'éviter la destruction sont rationnels. Je diffère quelque peu avec l'auteur au sujet du coiffage, et je pense que la matière employée peut être faiblement poreuse. La combinaison de l'oyxde de zinc et de l'huile de girofle a l'approbation de beaucoup d'opérateurs soigneux dans ce pays. L'emploi de la gutta-percha est plus critiquable par suite de son impénétrabilité. L'usage du platine et des autres métaux en contact direct avec la pulpe est chanceux. Très peu essayeront d'appliquer les médicaments à la partie malade sous forme de poudre à travers les canaux. L'air chaud et la sécheresse sont des agents thérapeutiques de valeur, et on devra leur apporter de plus en plus d'attention.

M. J. Truman pense que beaucoup ont déja pris en considération les dangers possibles de l'usage de l'air chaud. Une dent n'est pas un corps mort puisque la pulpe se ramifie à travers les parties dures. Si la chaleur est portée au delà d'un certain point, elle détruira ces minuscules ramifications et l'on aurait les troubles que l'on veut éviter. J'ai observé ces choses dans le passé et je suis devenu très soigneux en appliquant des températures extrêmes à des tissus sensibles.

Pour la créosote, il ne croit pas que son action fréquente pour la pulpesoit recommandable.

M. Morgan souscrit à la plupart des idées émises dans la communication,mais quelques-unes de ses conclusions sont trop vagues. Vouloir sécher la dent avec de l'air chaud doit dépendre de l'humidité de l'atmosphère?

Une autre affirmation de l'auteur est que la sécheresse absolue de la cavité est nécessaire pour l'aurification. Or, avant l'introduction de la digue, il a été fait nombre d'aurifications sous la salive et leur rôle préservateur a été parfait.

Pour l'abcès alvéolaire, on doit avant tout arrêter la putréfaction, et par la suppression de la cause on aura la guérison à bref délai; la nature y aidera ensuite.

M. Whitefield pense que, pour l'excision de la dentine, la rapidité de la rotation et l'emploi de fraises bien coupantes est suffisant pour atténuer la douleur; pour la décoloration des dents, le meilleur est de placer du sel commun dans la cavité et de le décomposer par le courant électrique : le chlore est libéré; la couleur est restaurée.

M. Guilford désire apporter son témoignage à la valeur de l'air chaud pour le traitement des dents. Quand l'humidité a été évaporée, la possibilité de la douleur est grandement diminuée. La poire ordinaire rend des services dans ce but, mais son usage demande du temps et est fatigante. Le premier qui usa de l'air comprimé est à sa connaissance M. Bing. Quelques dentistes de Philadelphie ont un appareil qui répond assez bien au but désiré et il a foi dans les résultats.

Il donne un courant d'air froid si la canule n'est pas chauffée; si elle l'est, on obtient de l'air chaud. Il faut environ cinq minutes pour rendre une dent à peu près insensible avec cet appareil. Il est aussi d'une valeur inestimable pour fixer un tube ou une dent à pivot.

On épargne beaucoup de temps en se servant de l'air chaud; M. Register est allé encore plus loin, et il propose de l'utiliser pour porter des médicaments au-delà de l'apex de la racine.

M. Brockway objecte à ces applications qu'elles sont effrayantes, encombrantes et pratiquement inutiles. Une poire ordinaire peut sécher une cavité en bien moins de cinq minutes; il ajoute : Dans ce but j'emploie un assistant, et il m'est pour beaucoup de choses d'une grande utilité. Après avoir employé très largement l'air chaud pendant nombre d'années, j'ai fini par en restreindre l'emploi, la sécheresse excessive étant dangereuse. Il aime mieux ne se servir que de fraises bien affilées, mouillées constamment par un jet d'eau tiède. Rien autre ne lui a paru supérieur.

La discussion est close.

Le traitement des dents sans pulpe

M. Cravens est opposé à l'injection de médicaments à travers les canaux radiculaires, parce qu'ils pourraient causer des désordres du côté du périoste. Dans une dent sans pulpe, le cément maintient les échanges vitaux entre la dentine et le périoste; par action latérale il préserve la dent et assure ses fonctions pour nombre d'années. Si le périoste est altéré, ses fonctions perverties, alors la dent devient un corps mort, nuisible à l'économie.

L'idée généralement acceptée que le canal radiculaire est la seule voie d'introduction des médicaments est en opposition avec la structure anatomique des parties. Que les agents thérapeutiques soient forcés au-delà de l'apex, ils créeront forcément une inflammation du périoste, au moins par leur irritation mécanique que le manque de place causera. Il s'ensuit donc que les médicaments doivent être appliqués aux parois des canaux sans aller au-delà. Pour un grand nombre de praticiens, les canaux doivent toujours être traités avant l'obturation. Les médicaments injectés, les canalicules absorbent les fluides par attraction capillaire et ils sont portés vers les parties périphériques; le périoste est alors envahi et, tôt ou tard, l'exudat irritant fait son œuvre, en causant une hypertrophie de la membrane et en lui faisant perdre son rôle préservateur du cément. C'est alors que la dent devient un corps mort. Le traitement conseillé par l'auteur consiste à nettoyer parfaitement le canal pulpaire, et à le fermer ensuite hermétiquement avec de l'étain en feuilles. Pour les dents temporaires, le phosphate de chaud est la meilleure matière d'obturation des canaux. M. Cravens espère que ce système sera essayé ; il serait heureux de voir en ces cas « jeter la médecine aux chiens. »

M. Fillebrowns. La propreté et la sécheresse des canaux sont les conditions essentielles du succès ; les médicaments portés au-delà ce l'apex de la racine sont le plus souvent nuisibles et il ne les introduit que dans quelques cas déterminés. Les défenseurs de l'obturation immédiate vont en augmentant; il ne croit pourtant pas qu'il y ait sécurité a fermer l'apex, quand il y a périostite aiguë; non plus dans les abcès chroniques se déchargeant à travers le canal, sans fistule. En arrêtant l'écoulement, le danger d'une pyohémie deviendrait imminent. Il est un autre point important, c'est la fermeture hermétique à l'apex, toutes les matières poreuses devaient être rejetées. Le foulage d'une matière obturatrice dans les canaux est sans inconvénients quand il est convenablement pratiqué.

M. Cravens parlait d'un espace existant dans l'alvéole vers l'apex. C'est une erreur, il n'y a pas d'espace s'il n'y a eu résection, ou bien résorption pathologique. Quand la pulpe est enlevée en entier, avant que la désorganisation s'opère, et que les canalicules ne soient envahis par la matière colorante du sang, la décoloration s'opère très lentement. Si l'hématine est porté dans les canalicules, la matière septique fixée dans leur gaîne, la décoloration

est intense en dépit des remèdes. Le coton et les autres substances poreuses saturées de drogues irritantes peuvent devenir une cause d'inflammation et amener la perte de l'organe.

M. Cravens dit n'employer aucun médicament dans les canaux des dents temporaires et pourtant il propose de les remplir avec du phosphate de chaux, qui est un anti-acide insoluble. Que devient il à l'époque de la résorption des racines?

M. Barrett s'étonne qu'on présente de semblables communications dans un congrès international de dentistes. Il proteste contre sa réception et ne veut pas qu'on croie qu'il est une indication sur l'instruction et la valeur des dentistes américains. Cette communication est bien particulière, son étymologie est unique, son orthographe aussi ; elle est en contradiction avec tous les enseignements de la pathologie moderne.

M. Harlan dit que la communication que l'auteur a appelée : « Un système de traitement des dents sans pulpe, » devrait plutôt être dénommé un « roman du moyen-âge. » Nous, nous agissons eu suivant les progrès de la chirurgie antiseptique, de la bactériologie. M. Cravens dit bannir les odeurs méphitiques en lavant les canaux dans lesquels le pus est flottant; il oublie que la dentine est pénétrée par les gaz qui, eux, ne seront pas influencés par le lavage. Il propose alors de boucher le canal sans employer d'antiseptique.

De telles conclusions sont en arrière de la science actuelle et elles n'auraient pas dû être présentées au neuvième congrès des sciences médicales comme une exposition de la pratique des dentistes américains d'aujourd'hui sans protestation. Ce que l'écrivain semble dire nous ramène quarante ans en arrière et écarte tout ce que nous avons acquis de connaissances sur les antiseptiques et les désinfectants pour leur substituer de simples procédés mécaniques qui sont pour le moins absurdes. L'auteur dit que la seule nécessité est le lavage des canaux. Une pulpe morte ne produit aucune irritation dans le canal, la maladie qu'elle cause siège au delà. Si on pouvait mécaniquement déplacer une odeur, ce que je nie, et remplir alors le canal sans autre désinfection, le désastre suivrait inévitablement, à moins qu'il n'y ait une fistule pour l'écoulement. Supposer et affirmer que la pratique actuelle est de forcer des escharotiques au-delà de l'apex quand il n'y a pas d'abcès fermé est une supposition gratuite. Comme système de traitement, la communication ne mérite aucune considération, et je suis étonné qu'un dentiste américain l'ait présentée, en laissant de côté les progrès de pathologie et la théorie microbienne de la maladie.

M. Morgan pense que M. Harlan fait erreur sur la date des premières indications du traitement actuel. Le grand homme (je veux dire E. Maynard) qui l'a formulé cinquante ans avant, avait conscience de tout ce que la thérapeutique actuelle, dans ce

qu'elle a de plus avancé, nous montre. J'use du maillet comme d'un moyen de médication et par son aide, je combats la périostite chronique légère. Il est dit dans la communication que les racines des dents temporaires ne doivent pas être obturées avec des métaux, parce que la racine s'absorbant laisserait le métal à découvert. Le phénomène serait le même dans une dent morte je veux dire une dent pour laquelle le périoste n'exercerait plus sa fonction. Le meilleur traitement des dents temporaires privées de leurs pulpes est l'extraction, cela sans exception.

M. Butler conçoit difficilement comment un homme intelligent peut présenter, devant ses pairs, un système de traiter les dents, à moins de n'avoir des vues particulières basées sur sa pratique personnelle. La communication de M. Cravens a pourtant eu pour effet de provoquer des explications intéressantes sur les principes qui gouvernent la pratique dans des cas semblables. Quoiqu'il y eut quelques différences dans les traitements exposés, ils sont les mêmes dans leurs parties essentielles.

M. Harding a, depuis qu'il est en Amérique, vu beaucoup de choses qui ont excité son étonnement et son admiration. mais ce qu'il l'a surpris le plus c'est la communication en discussion. En Angleterre les dentistes sont imbmbus des idées de Lister, qui le premier enseigna la théorie du traitemeut des maladies chirurgicales en employant les germicides qui détruisent les influences septiques

Entendre dire que la putréfaction dans les canaux peut disparaître par l'emploi des moyen smécaniques est vraiment étonnant et il est heureux d'apprendre, des orateurs qu'ils l'ont précédé, que ce n'était pas l'opinion générale des dentistes Américains, que l'aseptie pouvait être obtenue sans le secours des germicides. Oui, en traitant on doit prendre soin de ne pas forcer le médicament au-delà du canal : l'inflammation en résulterait si elle n'existait déjà. Mais, quand des micro-organismes existent dans la cavité pulpaire, des antiseptiques doivent être appliqués afin de les détruire jusqu'au dernier; alors les canaux peuvent être obturés sans crainte.

M. Cunningham a préparé une statistique portant sur le sujet en discussion ; elle ne lui est pas encore parvenue , il la recevra avant la côlture du congrès. Il a cinq cents observations où les racines ont été obturées immédiatement et cent ayant été traitées comme à l'ordinaire Cette statistique aura pour résultat, j'espère, de montrer d'une manière un peu plus favorable les vues de l'auteur de la communication.

On passe à l'ordre du jour en décidant qu'il sera permis à M. Cunningham de présenter sa statistique ultérieurement et que M. Cravens pourra répondre aux critiques qui lui ont été faites.

MATRICES COMME AUXILIAIRES POUR L'OBTURATION DES DENTS

M. Weeks. — L'auteur fait une description des différentes formes de matrices qui ont été construites dans ce but; une série de dessins montrant les instruments grandis passent sous les yeux de l'assemblée. M. Weeks donne les explications sur chacun des spécimens en montrant les avantages qu'ils ont dans chaque cas.

M. Guilford dit qu'à moins de posséder le talent d'un Webb, et de quelques autres, qui peuvent bâtir leurs aurifications sans l'aide de la matrice, beaucoup, au contraire, trouveront un avantage à l'employer: ils épargneront leur temps et la souffrance de leurs patients. Avec la matrice il est facile de restituer à la dent son contour primitif; grâce à leur usage il ne reste plus que très peu à faire, la condensation terminée. Quelques-uns ont dit que là où les dents sont en contact immédiat, il est impossible d'obtenir des bords parfaits; avec un peu de soin on surmontera le difficulté; en tout cas elle n'est pas comparable avec les avantages assurés. Les matrices rigides, épaisses, ne sont plus guère employées ; celles faites avec de la bande mince leur sont préférables : elles cèdent faiblement et permettent à la matière obturatrice d'être introduite en quantitélégèrement supérieure à celle qu'on laissera. On obtient ainsi les meilleurs résultats avec le minimum de temps.

La discussion est close.

(*A suivre*).

REVUE DE L'ÉTRANGER

LES PLUS RÉCENTES MÉTHODES D'ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE

D'après la *Zahntechnische Reform*

(Traduction de A. Thioly-Regard, D. E. D. P.)

Peu de temps après l'introduction du protoxyde d'azote comme moyen anesthésique pour les opérations dentaires, M. le professeur Sauer publiait un travail dans lequel il recommandait de ne pas faire respirer le gaz hilarant seul, mais de laisser pénétrer dans les poumons, au début de l'anesthésie, une certaine quantité d'air atmosphérique. Cependant cette méthode fut bientôt abandonnée et il fut admis au contraire qu'on devait donner le gaz le plus pur

possible. A ce principe succéda (pour peu de temps heureusement) la méthode condamnable qui, sous prétexte d'économie, consistait à purifier le protoxyde d'azote qui sortait des poumons, en lui faisant traverser un bain de chaux. On revint définitivement aux inhalateurs qui permettaient aux gaz d'être directement expirés dans l'air. La plupart des anesthésies se sont faites de cette manière pendant ces dix dernières années, si nous exceptons la méthode de Paul Bert, le gaz étant donné sous pression atmosphérique dans une chambre en tôle ou cloche, méthode qui ne s'est pas généralisée à cause de sa difficulté d'installation et d'application pratique.

Depuis quelques années, principalement en Amérique, des recherches ont été faites pour obtenir la narcose proto-azotique plus prompte, plus durable et sans période d'excitation.

En premier lieu, le résultat de ces recherches fut tenu secret et le nouveau produit annoncé sous le nom de « Vitalised air ». Maintenant il est reconnu que cet air vitalisé n'est autre que du protoxyde d'azote auquel est ajoutée une certaine quantité d'éther, de chloroforme ou d'alcool. Divers inhalateurs ont été construits pour l'emploi de ce mélange gazeux afin que sa sortie s'opérât d'une manière précise et régulière.

En considération de la sûreté relative de l'anesthésie par le protoxide d'azote pur et son utilité suffisante dans la pratique dentaire pour les opérations douloureuses, il arriva que cette nouvelle méthode rencontra peu d'enthousiasme au début; mais actuellement l'on ne peut nier que le gaz vitalisé n'ait recruté un grand nombre de partisans. La principale difficulté de son emploi se rencontre dans l'aspiration du mélange des gaz qui exige d'être faite en proportion mathématiquement égale.

Le « vitalised air » est habituellement un mélange de protoxyde d'azote, de chloroforme et d'alcool. Il est donc nécessaire de faire aspirer une certaine quantité de chaque substance; à cet effet des mécanismes avec vis de rappel ou disques sont rapportées dans le cylindre à gaz. Plus loin, il existe un réservoir séparé contenant le chloroforme et l'alcool au travers duquel passe une partie du protoxyde d'azote. Il s'imprègne là d'une certaine quantité de vapeurs de chloroforme et d'alcool, ce qui lui donne la propriété de rendre la narcose plus longue et plus profonde; il est clair que l'addition du chloroforme doit se faire dans des proportions exactes et connues afin de ne pas transmettre au « vitalised air » les dangers du chloroforme, et les vapeurs d'alcool sont utiles en ce sens que ce dernier agit comme stimulant. Quelques opérateurs ne font respirer le mélange des gaz que lorsque le protoxyde d'azote seul a produit la quatrième partie de l'anesthésie, et cette aspiration du mélange doit être augmentée peu à peu jusqu'à l'anesthésie complète.

D'après une autre méthode on fait dissoudre le chloroforme et l'alcool directement dans le protoxyde d'azote. Ainsi le Dr A.-M.

Long écrit : « J'ai fait évaporer 6 à 9 gouttes de chloroforme et d'alcool en parties égales dans dix gallons de gaz hilarant et j'ai trouvé que cette adjonction produit une amélioration prodigieuse en prolongeant le sommeil anesthésique, sans que ce sommeil, quoique plus long, diffère de celui que procure le protoxyde d'azote seul ; de même je n'ai jamais observé la moindre trace de malaise ou de suites désagréables. »

Le Dr C.-W. Munson, de Tolède (Ohio), un partisan convaincu du gaz vitalisé, s'exprime comme suit : « Le préjugé qui s'est manifesté de différents côtés contre l'emploi du gaz hilarant en combinaison avec de petites quantités de substances anesthésiques liquides provient sans doute d'expériences insuffisantes ou mal conduites ; aussi ces sentences défavorables, prononcées par certains praticiens, ne peuvent être prises en considération tant qu'aucun rapport sérieux ne sera publié, décrivant la façon, le laps de temps de l'emploi ou des expériences qui ont déterminé ces jugements. J'affirme que quelques gouttes de chloroforme (ou mieux un mélange de chloroforme, d'éther et d'alcool) par gallon de gaz modifie si avantageusement la narcose, que le danger possible est diminué pendant que l'anesthésie s'obtient dans la moitié moins de temps avec la moitié moins de gaz que si le protoxyde d'azote est employé seul. De même le sommeil anesthétique dure plus longtemps et la période d'agitation si pénible chez les tempéraments nerveux ne se déclare pas. Il suffit d'avoir expérimenté les deux méthodes, d'une manière sérieuse et attentive pour avoir la possibilité de rendre une sentence juste et impartiale. »

Nous n'avons pas connaissance que des recherches sur ce sujet aient été faites sur le continent (nous n'avons encore rien lu) ; cependant, il y a quelques années, on avait essayé l'adjonction d'une petite quantité d'éther sulfurique ; à cet usage on avait construit une forme particulière d'embouchure sur le modèle de Cloves. Pourtant cette méthode n'a jamais eu beaucoup de défenseurs. Un seul, le Dr Mannhardt, de Berlin, s'est servi de ce moyen assez longtemps ; il lui trouve un grand avantage sur l'anesthésie habituelle avec le gaz hilarant. Nous avons assisté à différentes narcoses et nous pouvons confirmer cette assertion. Il a encore été recommandé de légèrement chauffer l'éther avant l'opération afin d'accroître ses propriétés et de le convertir plus rapidement en vapeurs ; mais nous ne pouvons certifier l'avantage de ce conseil.

La méthode la plus récente est celle du Dr Hillischer, de Vienne, laquelle consiste à adjoindre une certaine quantité d'oxygène au protoxyde d'azote. D'après cette donnée, le Dr Telschow, de Berlin, prépare un nouvel appareil ; sa construction est assez avancée pour que nous ayons encore à en parler sous peu. Aujourd'hui, nous ne voulons qu'en mentionner la nouvelle. L'an-

née dernière, dans une séance de la Société des sciences naturelles, le Dr Hillischer a parlé longuement de cet emploi du mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène (1). Il rapporte que, dans un grand nombre d'anesthésies par le gaz hilarant, la perception du sommeil chirurgical est difficile à établir : souvent il n'y a pas insensibilité absolue et l'opéré est souvent très agité. Il assure qu'avec l'addition de 10 à 15 0/0 d'oxygène on obtient non seulement une narcose plus profonde et plus réelle, mais encore la période d'excitation est évitée, le sommeil se produit plus vite et dure plus longtemps. L'inhalateur dont se sert le Dr Hillischer est construit de telle façon que les deux gaz sortent à pression égale dans la proportion de 10 0/0 d'oxygène pour 90 0/0 de protoxyde d'azote, ou 15 0/0 pour 85 0/0. Une disposition particulière du gazomètre permet que la pression soit identique sur les deux gaz.

Nous ne croyons pas que l'anesthésie par le protoxyde d'azote combiné à l'oxygène ait quelque chance de se généraliser, à moins que son emploi ne soit simplifié ; en effet la consommation du gaz oxygène est autrement plus importante que celle du gaz hilarant, et si, comme le Dr Hillischer le reconnaît, il peut être nécessaire de dépenser 40, 50 et plus de litres de gaz pour une narcose, un tel sommeil anesthétique est beaucoup trop cher dans nombre de cas où le client n'est pas fortuné.

Peut-être un jour prochain, après de nouvelles recherches, trouvera-t-on le moyen de combiner certains gaz qui rendront l'anesthésie plus prompte, plus profonde, moins dangereuse, tout en économisant une forte dose de protoxyde d'azote. C'est à ce but élevé que doivent tendre tous les efforts des anesthésistes.

LES DENTISTES FRANÇAIS ET M. TELSCHOW

Le Correspondenz Blatt für Zahnarzte d'octobre 1887, a publié un article de M. Telschow fait pour surprendre ceux qui connaissent avec quelle sympathie nous avons toujours accueilli notre distingué confrère, et quels éloges nous avons donnés à ses inventions. Pour ce qui nous concerne, on y lit les passages suivants :

Comme mon voyage à Metz m'avait rapproché de Paris, il me vint à l'idée de me rendre dans cette ville et de montrer ma façon d'opérer aux dentistes français. C'était, pour des motifs faciles à comprendre, un sacrifice pour moi car c'est en septembre que ma clientèle est la plus nombreuse et j'allais perdre beaucoup. Quoique j'eusse déjà fait une très triste expérience des dentistes français, car ils avaient essayé de la façon la plus inouïe de me con-

(1) Voir dans l'Aide-mémoire du chirurgien-dentiste, année 1885-1886, page 231, « l'anesthésie prolongée obtenue avec le protoxyde d'azote à la pression normale », par M. le professeur Aubeau.

tester la priorité de mes découvertes, je ne laissai pas de faire un nouveau sacrifice pour la bonne causse, même au risque d'être récompensé par l'ingratitude. . . . .

« Dans les publications françaises spéciales, on ne trouvait également rien d'important sur l'injection sous gingivale.

« Comme une grande partie de la cocaïne que j'avais apporté avec moi s'était répandue en voyage j'essayai aussi de la cocaïne française ? que je trouvai à la clinique. Je n'obtins avec celle-ci aucun résultat favorable. . . . .

« Qu'arriva-t-il après coup du côté de la Société dentaire de Paris (?) Dans sa séance suivante qui doit avoir été orageuse ? je fus soupçonné de ne m'être rendu à Paris que pour faire de la propagande en faveur de la cocaïne allemande (j'avais en effet recommandé la cocaïne de Merk) et pour en tirer profit. Bien plus elle ne m'envoya plus son journal pour des motifs bien visibles. On y publiait en effet, comme je l'ai appris par la suite, des rapports dénaturés. . . . .

« Comment dois-je concilier une pareille manière de faire avec les déclarations affables qui m'avaient été faites antérieurement. La science ne connaît pas de frontières, nous sommes tolérants et reconnaissons les mérites de chacun.

Ne dois-je pas admettre qu'on ne voit en moi que le Prussien détesté.

On juge de notre étonnement lorsque nous eûmes connaissance de cette philipique. On nous prête des paroles que nous n'avons jamais dites, on travestit, on interprète nos actes de la manière la plus fâcheuse. A quoi attribuer autant d'inexactitudes. Nous voulons les croire involontaires, on a abusé de la crédulité de notre confrère; mais alors pourquoi, en matière aussi grave, n'a-t-il pas contrôlé avant de lancer ses accusations ? Il est de mode, dans certain pays, de parler de notre légèreté. Il faut croire que nous n'en avons pas le monopole.

Avant de relever quelques-unes des récriminations à notre adresse, on nous permettra de faire tout d'abord une distinction. L'auteur de l'article du *Correspondenz Blatt*, connaissant mal nos affaires françaises, confond tout, sociétés et individus, attribuant aux uns ce qui est le fait des autres. Nous ne pouvons accepter d'être incriminés pour des actes que nous n'avons pas commis, pour des propos que nous n'avons pas tenus, et nous regrettons de nous voir mêles à des débats personnels auxquels l'Ecole dentaire de Paris n'a rien à voir, pas plus que les dentistes qui en font partie.

Nous n'avons jamais contesté à M. Telschow l'honneur d'avoir été le premier qui ait fait publiquement, à Paris, des injections sous-gingivales de cocaïne et même, puisqu'il y tient, d'avoir ajouté, avant qui que ce soit, de l'acide phénique à la solution cocaïnée. Mais il est inexact de dire qu'avant sa démonstration

nous n'avions rien publié d'important sur ce sujet. Nous avions fait connaître deux mois avant (1) les essais heureux de MM. Gaddes et Boyd-Wallis et, depuis cette époque, un certain nombre d'entre nous expérimentaient la cocaïne, non plus seulement en tampons, mais encore en injections sous-gingivales. Nous en avions nous-mêmes parlé à M. Telschow, sa mémoire lui fait défaut sur ce point.

Peu de jours avant sa visite, nous avions reçu de notre collaborateur, M Thioly, un résumé du travail de Witzel (2). Nous fûmes frappés à la lecture des analogies nombreuses entre les deux procédés. Witzel conseillait l'emploi de 10 centigrammes. Ce fut la dose employée par M. Telschow. Witzel conseille l'emploi du nitrite d'amyle pour combattre les effets de la cocaïne. M. Telschow s'en servit devant nous; la différence ne portait donc que sur le siège de l'injection, sur l'addition d'acide phénique. Nous avions donc quelque raison de dire que ce qui avait été fait devant nous était emprunté en grande partie à Witzel ou, si M. Telschow le désire, à ses devanciers.

Nous ne savons pourquoi M. Telschow dit que la séance où furent exposés les résultats des expériences auxquelles nous avions assisté *doit avoir été orageuse*. Nous ne savons si les séances des sociétés de dentistes sont ainsi en Allemagne, mais, si nous en parlions, ce serait documents en mains. Comme à Paris nous n'avons pas eu, pour notre propre compte, à contempler ce genre de spectacle, nous sommes étonnés des suppositions de notre confrère.

Que fut-il fait dans la séance dont parle M. Telschow? Nous voyons (*Odontologie*, novembre 1886, page 498) qu'après le résumé de M. Dubois, les observations de divers membres, il fut voté, sur la proposition de M. Godon, des remerciements à notre confrère berlinois. Est-ce cela qu'il appelle des rapports dénaturés? A quelle séance furent prononcées les paroles qu'il nous prête? Qu'il daigne nous l'apprendre.

Qu'on consulte notre collection, et l'on verra que tous ceux qui ont parlé de la cocaïne dans l'*Odontologie*, notamment MM. Ronnet (février 1887, p. 64), Chauvin (mars 1887, p. 111), ont cité M. Telschow et ne lui ont jamais contesté ni le mérite, ni la priorité de la première démonstration publique à Paris, de l'injection sous gingivale de cocaïne.

Comment notre confrère voit-il dans ces procédés la justification des plaintes qu'il exhale? et à quoi reconnaît-il qu'il est pour nous le *Prussien détesté*?

En rendant compte de la première démonstration de M. Telschow à Paris, nous écrivions, comme on nous le rappelle, que la « science n'a pas de frontières ». Nous sommes et resterons fidèles

(1) V. *Odontologie*, juillet 1886, p. 311.
(2) V. *Odontologie*, octobre 1886, p. 391.

à cette maxime. A l'Ecole dentaire de Paris, on a pour règle d'accueillir tous les confrères qui servent la science et le progrès professionnel. On voit que nous n'y avons pas manqué en cette circonstance.

Après cela, il est superflu de répondre à toutes les attaques dont la France et les dentistes français sont l'objet.

Nous avons voulu seulement montrer que le manque d'égards et de courtoisie ne sont pas notre fait.

Nous espérons que tous les hommes de bonne foi en conviendront.

P. D.

C'est par erreur qu'il n'a pas été dit, dans le deruier numéro, que l'article sur le *Moteur à cau* est emprunté au Dental Record, et que nous devons le cliché à l'obligeauce de ses éditeurs : The Dental Mg C°, de Londres,

---

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

LA COCAINE EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par A. Preterre. 1887.

M. Preterre n'est pas un enthousiaste de la cocaïne. Elle n'est pas à ses yeux l'anesthésique par excellence et ses préférences sont toujours pour le protoxide d'azote.

On a si souvent exagéré les mérites de la cocaïne qu'il n'est pas sans utilité de recueillir des témoignages adverses. Et malgré les légères preventions de l'auteur, on ne peut l'accuser de parti-pris. Nous sommes donc en présence d'une contribution importante tant par le nombre des observations (238), que par la non suspicion de complaisance pour le remède nouveau.

De plus, M. Preterre nous avertit que les opérations dont il parle ont été faites toutes avec le même mode opératoire, que le sel employé, le chlorhydrate de cocaine, avait la même provenance, qu'il fut toujours administré dans le même véhicule, l'eau distillée. Or, pour l'interprétation des résultats, cela importe au premier chef, les éléments de comparaison étant les mêmes sauf un : le sujet.

Nous avons relevé presque toutes les observations où les résultats furent particulièrement défavorables, celles-ci étant les plus instructives.

Obs. 6. — M. (M.), étudiant en pharmacie, très impressionnable, 19 ans. Extraction racine petite incisive gauche, très longue; abcès, tuméfaction des gencives. 5 centigrammes de cocaïne. Ressenti une très faible douleur et un peu de constriction à la gorge. M. Preterre étant

allé le voir le lendemain, il lui a dit qu'il n'aimerait pas recommencer, qu'il avait été très énervé par deux nuits d'Insomnie et de souffrances. La constriction à la gorge a duré 4 à 5 heures. L'engourdissement de lalangue et la difficulté d'avaler une demi-heure.

Obs. 43. — T. (Jenny), 25 ans. Extraction racines grosses molaires, grande difficulté d'isoler. 5 centigrammes de cocaïne. N'a ressenti aucune douleur de l'opération. Eprouvé un engourdissement de la langue, côté opéré; ensuite, engourdissement général de la tête et de tout le corps. Aphonie, perte de l'usage des membres, grande lassitude, engourdissement, ne peut marcher. Ces symptômes ont persisté pendant trois quarts d'heure. donné un verre de madère et renvoyée après l'avoir vue assez remise. Insensibilité très grande de la peau ayant persisté trois heures après; sa mère l'a frictionnée pour faire disparaître l'engourdissement. Revue dans la soirée, une partie des phénomènes persistaient encore.

Obs. 40. — M. (Mme) très nerveuse, 28 ans. Extraction d'une dent de sagesse, 5 centigrammes de cocaïne. Une minute à peine après l'injection les yeux sont devenus immobiles, survient un sentiment d'étouffement. Impossible d avaler. Pouls à 120, Prostration. aphonie à peu près complète, faiblesse dans les jambes au point de ne pouvoir se tenir debout. Repos de 20 minutes sur le canapé, marche avec le concours d'une personne vigoureuse qui la soutient sous les bras. Bouche très sèche, ne peut avaler qu'avec grande difficulté et encore par très petites gorgées. Repartie chez elle au bout d une heure et demie. — Dans la soirée, ressent encore un fourmillement dans les jambes.

Obs. 57 — P. (Mme) 40 ans. — Extraction d'une grosse molaire plombée et branlante. laquelle était atteinte de périostite et d'un peu de suppuration autour des racines, fusant à travers les alvéoles. 5 centigrammes de cocaïne. Au bout de trois minutes engourdissement des bras, un peu d'envie de vomir, palpitations du cœur assez accentuées, malaise augmentant, n'a ressenti que très peu de douleur de l'opération. Prise ensuite d'un engourdissement général des membres qui ne lui permet de marcher qu'avec difficulté et qui a duré environ quarante minutes. Revue dans la soirée; mouvement fluxionnaire sur la région opérée, fait qui paraît accompagner fréquemment l'usage de la cocaïne, Pouls avant l'injection, 84 après 150.

Obs. 61. — T. (M.) Elève à la pharmacie M., anémique très sensible, 29 ans. Tentative d'extraction de racines de la 1re grosse molaire du bas C. G., opération extrêmement difficile et offrant peu de chance de succès par suite du resserrement des deux dents voisines, et par la perte de la couronne: le patient manquant de courage, l'opération a du être interrompue. 3 centigrammes de cocaïne, le côté interne de la gencive à été seul injecté, insensibilité complète de ce côté au bout de quatre minutes, l'autre côté non injecté reste sensible. Eprouve un refroidissement général, nausées, envie de vomir. A beaucoup souffert et n'a pas voulu que l'on continue l'opération.

Obs. 67. — M. (Mme) très nerveuse, mais courageuse, 41 ans. Extraction d'une racine d'une petite molaire du haut très gâtée et très enfoncée dans la gencive, 5 centig. de cocaïne. Une minute après l'injection, déchaussée verticalement avec la pince de Liston, la gencive se trouvant déjà insensibilisée, la cliente n'a senti qu'un léger toucher. Extrait la racine au bout de six minutes, a ressenti une très

légère douleur; s'est trouvée prise de nausées qui ont persisté dix minutes après l'opération. Envie de vomir, frémissements suivis d'un peu de faiblesse dans les jambes, malaises qui ont disparu au bout de dix minutes. A déclaré que si elle avait encore une opération à subir, elle préférerait supporter la douleur plutôt que d'être opérée avec la cocaïne.

Obs. 78. — F. (Mme) bonne santé, sujette à des accidents nerveux, âgée de 30 ans. Extraction de la dent de sagesse du haut, côté droit, 5 centig. de cocaïne. Deux minutes après l'injection, ressent un peu d'étranglement des voies aériennes, grande difficulté d'avaler, nausées, étouffements, troubles de la vision, perte momentanée de la vue, agitation dans tout le corps, faiblesse dans les jambes. Opérée à la sixième minute, a éprouvé très peu de douleur comparativement à une opération par le procédé ordinaire. La gencive n'étant pas complètement insensibilisée, la patiente avait le sentiment de la piqûre qu'on faisait dessus. Refroidissement de la face après l'extraction. Tremblement de la mâchoire. Difficulté de marcher persistant dix minutes après. Pouls, avant l'opération, 70; après l'opération, 108.

Obs. 96. — C. (Mme), souffre habituellement de douleurs rhumatismales, appréhension très vive, fort sensible, 51 ans. Extraction d'une petite incisive droite et de 4 racines canines D. du H. 10 centig. en deux fois à quelques minutes d'intervalle. Opérée à la septième minute n'a ressenti aucune douleur pour les trois premières extractions, mais a beaucoup souffert pour les deux dernières. Constriction à la gorge, engourdissement des pieds et particulièrement de celui de droite, prostration générale, se trouve mal et n'a plus conscience de rien.

Au bout de trois quarts d'heure, tout était dissipé, mais elle a dit que si elle avait cru tant souffrir, elle ne se serait pas laissé opérer.

Obs. 105. — B. (Mme) Tempéramment délicat, a eu huit enfants, se trouve fréquemment indisposée, âgée de 36 ans, 2 extractions, racines petites incisives du haut côté gauche précédée d'une extraction d'une grosse molaire avec le protoxyde d'azote, 3 centigrammes de cocaïne; opérée à la sixième minute, ressenti un peu de fourmillement dans les pieds, constriction à la gorge, langue brûlante, léger étourdissement, crispation des mains et des poignets pendant l'injection. Eprouvé beaucoup de douleur, l'anesthésie n'ayant pas été produite. Avait subi une extraction au protoxyde avec succès dix minutes auparavant pour une extraction d'une grosse molaire.

Obs. 107. — S. (Mlle). Tempérament très délicat, très maigre, atteinte d'une maladie chronique qui la rend entièrement nerveuse. Sujette à de violentes contractions dans les membres, âgée de 38 ans. Nivelé au marteau de plomb des saillies osseuses occasionnées par l'extraction d'une canine de la mâchoire inférieure côté gauche, 2 centigrammes de cocaïne. Cinq minutes après l'injection se trouve prise de mouvemenfs convulsifs de la mâchoire qui se produisent ensuite dans les membres, sécheresse de la bouche, difficulté d'avaler et de parler, troubles visuels au bout d'un quart d'heure. Nous couchons la patiente qui articule difficilement les mots qu'elle veut dire. Nous lui faisons prendre un peu de rhum pour la réconforter et nous la laissons reposer. La malade se retire au bout de trois quarts d'heure bien remise. L'opération n'a produit aucune douleur.

Obs. 112.—B. (Mme), très nerveuse, constitution maladive, a eu trois

fluxions de poitrine depuis la guerre de 1870. Accouchée pendant le siège, sa santé est ébranlée depuis, âgée de 45 ans. Extraction de deux racines de la première grosse molaire du haut, 3 centigrammes de cocaïne. Opérée à la sixième minute sans avoir ressenti de douleur, gencive insensibilisée pendant trois minutes et trois secondes. Éprouvé à la suite de l'injection une très grande fatigue, courbature dans les reins, violent mal de tête, nausées, troubles visuels, peut à peine distinguer les objets à un mètre de distance, pendant quelques minutes, se plaint d'avoir les jambes rompues, pleure abondamment. obligé de la soutenir pour la conduire se reposer dans un fauteuil. Le malaise augmente après l'opération et se prolonge pendant vingt-cinq minutes, après quoi, se trouvant un peu mieux, elle rentre chez elle. Grande lourdeur de tête toute la soirée ; étant très faible des jarrets, s'était couchée en rentrant. Nausées persistantes. Conservé sa lourdeur de tête toute la nuit, ressent encore un peu le mal de reins vingt-quatre heures après l'opération.

Obs. 118. F. (Mlle), professeur, très nerveuse, n'a jamais été malade, âgée de vingt-cinq ans. Extraction d'une deuxième grosse molaire du bas côté droit. Opération reprise à deux fois, la couronne s'étant brisée, 3 centig. de cocaïne. Quatre minutes après l'injection a commencé par se trouver incommodée, constriction à la gorge, léger mal de tête, nausées, engourdissement dans les bras et dans les jambes, difficulté de respirer, éprouve beaucoup d'embarras de la parole, sorte de fourmillement à l'estomac.

Opérée à la septième minute, se trouve très agitée, anxieuse, frissonne, pousse des cris, pleure. Nous l'interrogeons et elle nous répond que ce n'est pas l'extraction qui l'a fait souffrir ; elle n'aurait rien senti, si ce n'est un peu de traction. « C'est le médicament qui m'a bouleversée ». Son mal de tête augmente, grande faiblesse dans les membres, difficulté de se lever du fauteuil, peut à peine marcher ; nous la soutenons fortement et la conduisons sur un canapé. Après vingt minutes de repos très agité, dit ressentir un fourmillement très accentué sous les ongles des doigts des mains, ainsi qu'un engourdissement des poignets, particulièrement de celui de droite, le petit doigt de cette main est comme paralysé, et, étant fermé, elle ne peut l'ouvrir qu'à l'aide de l'autre main. Éprouve une envie de vomir et ne peut pas la satisfaire Sentiment d'hilarité, a envie de chanter. Essayé de la faire lever du canapé, retombe assise, manque de force. Cinq minutes après, essayons de nouveau et la soutenons de chaque côté. L'engageons à marcher un peu, ce qu'elle fait avec assez de peine et avec l'aide de son amie. Se plaint d'avoir mal à l'estomac. Se trouvant mieux, sans cependant être remise complètement, elle se résout à rentrer chez elle, ce qu'elle fait juste une heure après que l'opération a été faite. Éprouvé un grand énervement pendant les deux jours qui ont suivi l'opération. Difficulté d'avaler, envie de dormir se présentant souvent, engourdissement des deux derniers doigts de la main droite qui ne lui permet pas de jouer facilement du piano. Protoxydée huit jours après et pratiqué l'extraction d'une grosse molaire du bas côté droit. Malgré un peu d'agitation pendant le sommeil, le résultat de l'opération a été des plus satisfaisants.

Durée de l'opération, y compris l'anesthésie, une minute, dix secondes; gaz absorbé, dix litres.

La malade, enchantée de n'avoir rien senti, déclare qu'elle ne veut

plus de la cocaïne et que maintenant elle se trouve mieux qu'avant de venir.

Obs. 151. P. (Mme). Tempérament nerveux, 27 ans. Extraction d'une première grosse molaire du bas côté gauche, 7 centigr., deux injections Ressenti fort peu de douleur de l'opération, mais cette dernière est suivie des phénomènes suivants : étouffement, tremblement nerveux, crispations ; grande faiblesse dans les jambes, pleurs, froid aux mains, lassitude générale. Cet état de malaise a persisté pendant une heure et demie environ. Rentre chez elle avec un mal de tête assez fort, constriction au niveau de la région épigastrique et un peu de faiblesse dans les jambes.

Le lendemain, elle nous dit qu'elle avait eu beaucoup de mal pour arriver chez elle à pied. N'a pu déjeuner et s'est couchée, mais était tellement énervée qu'elle ne pouvait rester dans cette situation. Toute la journée a eu mal à la tête, des bourdonnements dans les oreilles et des frémissements dans les membres. Pris seulement un potage le soir et n'a pu dormir de la nuit, avait froid. Le jour suivant, il ne lui restait qu'un léger mal de tête qui ne l'a pas empêchée de venir faire continuer d'autres opérations en train.

Pouls après l'extraction, 128. Cinq jours après cette opération, extrait, par comparaison, deux dents avec le protoxyde d'azote. La patiente, s'en étant très bien trouvée, a déclaré préferer le protoxyde qui lui permettait de se retirer cinq minutes après sans éprouver de douleur, ni ressentir aucun phénomène anormal.

Obs. 199. — H. (Mlle). Bonne santé, très nerveuse, 30 ans. Extraction d'une grosse molaire du H. C. D. 5 centig. N'a ressenti aucune douleur de l'extraction, mais, immédiatement après, a éprouvé les phénomènes suivants : lourdeur de tête, tremblement nerveux dans les membres, battement des paupières, assez précipité, malaise général et tendance à s'endormir ; ces accidents se dissipent au bout d'une heure.

Le sujet nous dit le surlendemain qu'elle avait passé une bonne nuit à la suite de l'opération, mais qu'après s'être levée elle s'était sentie très malade, avait éprouvé des douleurs dans les gencives et sur le côté droit de la figure, et s'était sentie très faible. Le soir elle était encore plus mal et le lendemain était trop malade pour pouvoir se lever. Le surlendemain seulement elle était complètement remise.

Obs. 202. — M. (Mlle). Santé délicate, a eu des rhumatismes articulaires, 19 ans. Extraction de trois racines de la première grosse molaire du H. C. D. et de trois racines de la deuxième grosse molaire à côté, 5 centig. Opérée à la sixième minute après avoir préalablement sectionné la gencive avec la pièce de Liston. N'a absolument ressenti aucune douleur, éprouvé un engourdissement complet dans les jambes, reste dans un fauteuil vingt minutes environ après l'opération ; tremblement dans les mains, ne peut tenir un verre d'eau sans le renverser. Ces phénomènes disparaissent au bout d'une heure 3/4.

Obs. 205. — L. (M.). Bonne santé, 45 ans. Extraction d'une grosse molaire du H. C. D. Opération très laborieuse, les racines étant soudées au maxillaire qui était nécrosé, déterminé une ouverture, unnécrose des bords inférieurs du sinus, 5 centig. Quatre minutes apres l'injection, devient faible, les mains tombent inertes, grande lourdeur de tête, troubles visuels (aperçoit un nuage devant un objet placé à un

mètre de distance). Eprouve une forte douleur et nous dit que la cocaïne n'a rien atténué.

Obs. 214. — P. (Mme), très nerveuse, santé délicate, 38 ans. Extraction d'une racine de grosse molaire du B. C. G., 11 centig. Aussitôt après l'injection, vive appréhention pour l'opération, devient très agitee, se tord les poignets, éprouve une forte lourdeur de tête, accompagnee de troubles visuels, dit se sentir toute singulière. Opérée à la cinquième minute, n'a senti aucune douleur, mais éprouve des alternatives d'agitation et de faiblesse. Transportée sur un canapé, éprouve de l'étouffement et des nausées, puis légère syncope, les symptômes se dissipent au bout d'une demi heure. Opérée précédemment par la cocaïne. (Voir observation 191).

Obs. 230. — B. (Mlle Marguerite). Très nerveuse et tres craintive, 14 ans. Extraction d'une première grosse molaire du B., dent très adhérente, 5 centig. Sentiment d'appréhension excessif, ne cesse de pleurer malgré les encouragements que le docteur Le Roy de Méricourt, qui assiste à l'opération, lui prodigue. Pâleur de la face, extrémités glacées, spasmes de la respiration, anxiété épigastrique. Opérée à la septième minute. N'a senti aucune douleur de l'opération, mais les phénomènes ont persisté environ 1 heure 1/2 après, ainsi qu'un peu de douleur aux deux points où l'injection a été faite. A 7 heures, il lui a été presque impossible de manger. L'injection avait été faite à 3 heures 1/2.

Obs. 236. — Preterre (M. A.), chirurgien-dentiste, 66 ans. Extraction d'une petite molaire du B. C. D. qui se trouvait usée, 8 centig. Immédiatement après une première injection de 5 centig. a éprouvé une sensation graisseuse sur la langue et sur la gencive. Céphalalgie, nausées, troubles visuels. Au bout de cinq minutes le mal de tête augmente et se trouve localisé aux tempes où une légère contraction semble se produire, grande envie de vomir.

Quelques larmes involontaires s'échappent. La gencive n'étant pas suffisamment insensibilisée, fait une deuxième injection de 3 centig. Opéré à six minutes de la deuxième injection. Ressenti une vive douleur que j'attribue à l'état de tuméfaction périphérique de l'alvéole ; la douleur de l'alvéole persiste. En résumé résultat fort peu satisfaisant.

Obs. 237. — Preterre (M. A.), chirurgien-dentiste, 66 ans. Extraction de racines d'une petite molaire du B. C. D. 3 centig. cocaïne, puis. l'insensibilisation ne paraissant pas suffisante, deuxième injection de 3 centig. au bout de 12 minutes : l'insensibilité n'existe pas encore ; troisième injection de 3 centig.

Difficulté d'articuler, sueurs profuses, écoulement involontaire de larmes. Aucun phénomène de paralysie des jambes, tremblement des mains. L'extraction, pratiquée cinq minutes après la troisième injection, produit une assez vive douleur. L'estomac reste embarrassé toute la journée. Ce résultat est donc aussi peu satisfaisant que dans l'observation précédente.

L'auteur résume ainsi son travail : « Sur 238 cas, nous avons « eu 145 succès complets et 93 insuccès : absence d'anesthésie ou « anesthésie suivie d'accidents consécutifs variés. En ramenant

« le chiffre des opérés à 100, nous avons : succès complets, 61 0/0;
« insuccès, 39. »

Nous avons étudié attentivement les observations publiées par M. Preterre, et nous avouons que nous sommes étonnés de ces chiffres.

Les 20 cas que nous publions plus haut sont vraiment les seuls parmi les 238 méritant la qualification : insuccès.

On ne peut appeler ainsi des observations du genre de celle de Mme P. (238) : « N'a senti aucune douleur de l'opération, mais « s'est trouvée très énervée pendant environ une demi-heure, « éprouvait aussi un peu d'étouffement. Déjà opérée deux fois. »

On peut même dire de certaines observations, que nous reproduisons 202. 214, etc., qu'elles ne sont pas des insuccès absolus.

Les dires des malades doivent être contrôlés, et plusieurs qui accusent des accidents, des douleurs pendant l'opération, n'en sont pas moins de ceux qui ont redemandé ensuite l'emploi de la cocaïne pour des opérations subséquentes. N'est-ce pas une atténuation de leurs plaintes?

En opérant rapidement pendant l'anesthésie proto-azotée, on peut enlever le plus souvent la ou les dents devant l'être. Mais, pour certaines dents où l'opération est difficile ou les reprises sont fatales, on avouera que le protoxyde d'azote est un faux anesthésique, la plus grande partie de l'opération se faisant sur un malade éveillé.

L'examen des conditions des opérations heureuses peut nous servir pour élucider la question, mais c'est surtout par l'étude attentive des insuccès que nous arriverons à bien connaître la valeur exacte de l'anesthésie cocaïnée.

M. Gillard a insisté, à plusieurs reprises, devant la Société d'odontologie, sur les contre-indications de la cocaïne chez les nervosiques.

Witzel montre ses inconvénients chez les épuisés à la suite des insomnies précédentes. Cela est confirmé par la plupart des observations que nous reproduisons plus haut ; pour presque toutes, on lit *très nerveuse*.

Certes, c'est là une indication vague, mais on ne peut s'empêcher d'être frappé de sa fréquente reproduction. Que désormais on observe et qu'on spécifie plus exactement les états nerveux incompatibles avec l'administration de la cocaïne ; que, pour ceux-ci, on en revienne au protoxyde d'azote qui paraît leur être moins nuisible, et le nombre des insuccès diminuera sensiblement.

Dans les vingt observations défavorables précitées, nous ne voyons pas que l'âge soit une cause d'accidents. Dix sujets étaient âgés de moins de trente ans, autant en comptaient plus.

On notera aussi l'augmentation constante du nombre des pulsations après l'injection.

Si nous avions pour tous les cas une description minutieuse de l'état local, nous aurions un autre élément d'appréciation.

Espérons que les dentistes, qui publieront leurs observations à l'avenir, seront encore plus riches de détails que M. Préterre.

En tous cas, n'oublions pas que nous en sommes, avec la cocaïne, à la période de début et qu'on aurait tort de pousser trop loin la réaction à son égard.

Notre confrère dit n'avoir pas eu de meilleurs résultats avec les autres modes d'administration, notamment avec l'alcaloïde pur dissous dans la vaseline liquide, comme l'a conseillé M. Poinsot. Nous en sommes étonnés. Notre expérience personnelle nous a donné jusqu'ici les résultats les plus encourageants. Nous croyons en discerner la raison. Que cherche-t-on avec la cocaïne ? l'anesthésie locale, et rien qu'elle, on doit donc préférer tout ce qui entrave la diffusion du médicament dans l'économie. Au début, Witzel faisait l'injection dans le sillon gingivo-labial, la région étant très vasculaire, des troubles généraux s'ensuivaient très souvent. M. Telschow ensuite, la fait sur le bord gingival, puis il y ajoute de l'acide phénique, pensant, dit-il : 1° stériliser la solution; 2° augmenter l'action anesthésique ; 3° limiter par l'action caustique de l'acide phénique l'absorption du médicament. Cela est judicieux mais quoique certains des résultats qu'il visait étaient obtenus, l'action escharotique de l'acide phénique jointe à celle de l'action de l'acide chlorydrique que le chlorydrate de cocaïne renferme eût des effets locaux fâcheux, œdème de la joue, eschare gingivale, résorption alvéolaire étendue.

On remarquera que dans les observations de M. Preterre on ne note pas ce genre d'accidents et pourtant nous les avions tous observés avec la solution phéniquée. Cela ne corrobore-t-il pas les observations de beaucoup d'entre nous, qui depuis l'abandon de l'acide phénique pour l'injection sous-gingivale n'observent plus les fluxions qui nous alarmèrent au début.

L'injection des caustiques même assez dilués semble donc défavorable, la cocaïne pure, la vaseline liquide en sont exempts. Avec eux, la diffusion est aussi moins rapide (ce qui se passe avec l'injection de doses massives des sels mercuriels vient à l'appui de cette hypothèse), cela expliquerait la moindre fréquence des accidents nerveux. La vaseline liquide est aussi plus aseptique que l'eau. Si on ne rencontrait pas quelques difficultés à l'injection avec la vaseline liquide, nous croyons que les solutions aqueuses et le chlorydrate auraient été généralement abandonnés. Depuis quelque temps nous rendons la solution plus facilement injectable, nous évitons la dissolution à chaud, en dissolvant la cocaïne dans deux gouttes de chloroforme (mesuré avec le compte-goutte). Nous n'avons pas observé d'accidents post-opératoires. Cette simplification donnera-t-elle les résultats, définitifs irréprochables, nous ne saurions encore le dire. Mais, même avec quelques restrictions, on ne peut s'empêcher de reconnaître que la cocaïne est une acquisition de la plus haute valeur pour notre thérapeutique.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. — Contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine avec 32 gravures dans le texte, par Alice Sollier, docteur en médecine, ancienne externe des hôpitaux de Paris et de l'hôpital des enfants malades. Au bureau du *Progrès médical*.

L'influence de l'état général sur le système dentaire est encore peu connue. Elle mérite pourtant d'attirer l'attention, non seulement du dentiste, mais encore du médecin et de l'anthropologiste. Par la persistance de leurs formes, les dents enregistrent, en quelque sorte, des troubles antérieurs, que rien autre ne décélerait.

On ne saurait donc apporter trop d'attention à l'état des dents dans la santé et la maladie, afin de bien établir par le témoignage anatomique; les antécédents personnels, héréditaires, les troubles actuels.

La pathologie générale, notre pathologie spéciale seront mieux établies quand nous possèderons quelques monographies de l'étendue et de la valeur de celle de Mme Sollier.

Il y a déjà plus de vingt-cinq ans, M. le Dr Bourneville avait signalé le mauvais état de la bouche chez les idiots. Depuis, quelques médecins étrangers avaient abordé cette question; mais nous n'avions rien de nouveau en notre langue.

Quoique l'origine d'un genre d'anomalie, l'érosion, ait été fort discutée ces dernières années, on avait laissé de côté la recherche des anomalies dentaires chez d'autres sujets que chez ceux affectés de syphilis héréditaire ou qui ont eu des convulsions. Il est intéressant de posséder une étude d'ensemble sur les dents des dégénérés. Il fallait être dans des conditions toutes particulières pour pouvoir réunir un aussi grand nombre d'observations. La bienveillance du chef de service, l'assistance dans un hospice spécial, la volonté de ne pas faire la thèse banale n'étaient pas de trop pour mener à bien ce travail. Pour quelques sujets, on dut prendre empreinte pendant l'anesthésie chloroformique; cela donne une idée de la difficulté de l'entreprise. Il faudrait aller au musée Saint-Louis pour ren- contrer une collection plus intéressante que celle que l'auteur a réunie pour édifier son étude.

On se rappelle la discussion que souleva la pathogénie de l'érosion.

M. Magitot la rattachait exclusivement à l'éclampsie, Hutchinson et Parrot à la syphilis héréditaire. M. Fournier montra, par quelques exemples, que cet exclusivisme n'était pas fondé, et que tous les troubles de la pathologie infantile la produisaient.

Nous avons fait connaître, à plusieurs reprises, en les appuyant, les conclusions de M. Fournier (1). Mme Sollier apporte de nouvelles observations confirmatives de la justesse des vues du savant syphiligraphe :

---

(1) Odontologie 1883, p. 222. — 1886, p. 317.

« Tous les enfants qui ont eu des convulsions n'ont pas d'éro-
« sions, mais beaucoup présentant des érosions n'ont pas eu de
« convulsions.

« ..... Sur 31 enfants ayant eu des convulsions, dix fois seule-
« ment, c'est-à-dire dans un tiers des cas, elles se sont accompagnées
« d'érosions.

« ..... Enfin, nous trouvons que douze fois elles ont été suivies
« de lésions autres que l'érosion, c'est-à-dire que ces autres lésions
« ont été plus fréquentes même que l'érosion, qui ne s'est présentée,
« elle, que dix fois. »

La théorie hérédo-syphilitique est encore plus en contradiction avec les faits. « Sur nos cent cas, nous n'avons eu aucun syphiliti-
« que héréditaire, quoique un grand nombre ait présenté des éro-
« sions. »

Certaines conclusions sont nouvelles, toutes paraissent bien établies. En voici quelques-unes :

Cent une observations ont été faites sur des enfants affectés d'idiotie congénitale ou acquise ; sur ce nombre, on a trouvé 91 fois des anomalies dentaires. Malgré cela, elles ne sont pas un fait constant, car « l'idiotie, même complète, peut n'entraîner aucune
« lésion. »

« 4° La précocité de la première dentition est loin d'être un fait
« rare, surtout chez les idiots, où nous l'avons rencontrée huit fois
« sur soixante cas. »

6° La chute précoce de la première dentition est extrêmement rare (1 o/o) ;

7° La chute tardive de la première dentition est relativement peu rare (11 o/o).

Ces exemples montrent l'importance de cette étude,

Quiconque, désormais, voudra connaître les désordres que l'idiotie imprime au système dentaire, devra consulter l'ouvrage de Mme Sollier, collection unique de documents qui resteront dans les archives de la science.

VARIA

UN EFFET DE LA RÉCLAME EN 1887

Un dentiste, se disant Américain, inondait la ville d'Orléans de prospectus de toutes sortes. Un de ses prospectus méritait une attention particulière et, du reste, portait cette mention elle-même :

Attention ! lisez attentivement, attention !

Puis, l'auteur recommandait à tout le monde la lecture du document suivant :

WISCONSIN

Dental College

DIPLOMA

and degree D D S Doctor of Dental surgery

X Y Z

Comme signature du certificat, on distinguait celle de *George Morrisson*, président, et de *Delavan*, Manch. 5 d. 1885.

La lecture d'un pareil titre ne satisfit cependant qu'à moitié un de nos collègues D E D P, qui habite la même ville ; il voulut, comme le dit l'expression vulgaire, en avoir le cœur net. A cet effet il écrivit au comité d'examinateurs dentaires du Wisconsin et en reçut la lettre suivante, que nous insérons sans commentaires.

La Crosse, Wis. 8 décembre 1887.
(Orléans, France).

Monsieur,

Votre lettre, demandant des renseignements sur la réclame de M. X..., ayant été longtemps retenue dans divers bureaux de ce pays, fut enfin remise au président Chittenden de ce comité, qui me prie d'y répondre.

Le Collège Dentaire de Wisconsin fut incorporé sous une loi générale de cet état par un aventurier, Georges Morrisson, dans le seul but de faire de l'argent par la vente de diplômes; beaucoup de ces diplômes ont été introduits dans des pays étrangers et sont en possession de certaines personnes qui n'ont jamais été aux Etats-Unis et qui n'ont obtenues ces documents que moyennant une somme de 10 à 25 dollars chaque.

Ce Morrison mourut il y a 2 ans environ, ce qui mit fin à ce commerce malhonnête. Nous ne pensons pas qu'il existe un autre collège dans le Wisconsin à présent.

Quant à la valeur d'un diplôme venant de l'institution de Delavan (ville du Wisconsin), nous avons le plaisir de vous envoyer ci-inclus un exemplaire de notre premier rapport annuel contenant des décisions que vous trouverez suffisamment explicites sur ce point.

Aucun comité d'examinateurs dans ce pays ne considérerait un de ces documents comme ayant de la valeur, soit que le détenteur n'ait jamais été à Delavan, soit pour un autre motif.

Le sentiment de mépris et de ridicule qui s'y attache ici est si grand parmi les dentistes, qu'aucune personne soucieuse de sa réputation, ou qui se compte au nombre des dentistes capables et honnêtes, cacherait qu'il ait obtenu un de ces certificats déshonorants ; il ne pourrait pas, avec lui, obtenir une distinction ou une considération légale.

Vous êtes libre de donner à ces renseignements toute la publicité que vous désirez. Espérant que nous avons répondu amplement aux demandes de votre lettre du 30 août. De la part du comité j'appose à cette lettre ma signature et mon sceau.

EDGARD PALMER.
Secrétaire du Comité.

Le sceau porte ces mots « examineres Wisconsin state board of Dental. »

Extraits du rapport du Comité Dentaire de Wisconsin.

Résolu, que le comité d'examinateurs dentaire de l'Etat de Wisconsin.

Ne reconnuissent pas comme de bonne réputation la corporation connue sous le nom de Collège Dentaire de Wiscontin située à Delavan, et pour cette raison refuse d'accepter les diplômes accordés par ladite corporation en échange de la licence du comité d'examinateurs.

A la séance régulière annuelle de l'association nationale du comité d'examens dentaires tenue à Minneapolis-Minnesota les 4, 5 et 6 août 1885, notre comité fut représenté et soutint à l'association ses griefs concernant l'institution de Delavan; griefs qui furent adoptés à l'unanimité par l'adoption de la résolution suivante :

Résolution. — L'association approuve vivement les griefs du comité d'examinateurs dentaires de Wisconsin et des comités d'autres provinces, en refusant d'accepter les diplômes du Collège dentaire de Wisconsin ainsi appelé, situé à Delavan, pour les motifs suivants :

Que ce n'est pas une école honorable. De plus, recommande à tous les comités d'Etats auxquels on présentera les diplômes de cette institution de les refuser également.

NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir que le distingué professeur d'anatomie spéciale à l'Ecole dentaire de Paris, M. le Dr Decaudin, vient d'être nommé, après un brillant concours (avec le n° 1,) médecin des bureaux de bienfaisance.

Conseil municipal de Paris

Séance du 24 décembre 1887

Délibération n° 1881. — Ecole dentaire de Paris. — Attribution de bourses (M. Leveaud, rapporteur).

Le Conseil,

Vu le mémoire, en date du 28 novembre 1887, par lequel M. le préfet de la Seine lui propose de nommer les deux titulaires des bourses offertes à la Ville par l'Ecole dentaire de Paris;

Vu la délibération en date du 7 mars 1887, par laquelle il a approuvé le le règlement relatif à l'attribution de ces bourses;

Vu la lettre en date du 28 juillet 1887, par laquelle le secrétaire général de l'Ecole dentaire fait connaître que les deux bourses offertes à la Ville de Paris sont actuellement vacantes.

Délibères:

Une bourse à l'Ecole dentaire est attribuée :

1° A M. Macel (Louis-Félix-Gustave).

2° A M. Missilier (Joseph).

(*Bulletin municipal officiel* du 26 décembre 1887).

Le *Dentist's Register* de cette année donne le nombre de 5,200 dentistes pratiquant en Angleterre. Sur ce nombre, 932 sont licenciés en chirurgie dentaire, c'est-à dire 18 0/0.

Le prochain congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu à Oran le 28 mars 188[illegible].

Docteurs en médecine de France

M. P. Leroy-Beaulieu publie les documents suivants: En 1885, il y avait en France 11 docteurs en chirurgie payant 51,315 fr. de patentes; 11,875 docteurs en médecine payant 11,684.297 fr. de patentes, 391 chirurgiens-dentistes payant 488,264 francs de patentes, 2,782 officiers de santé payant 627,348 fr., 2,699 vétérinaires payant 988,787 fr. La profession médicale, en général, ne paraît donc pas encombrée, sauf en ce qui concerne certaines grandes villes.

(*Le Progrès medical*).

La pléthore médicale a l'étranger

Si en France il n'y a pas de pléthore médicale, puisqu'il y a environ 1 médecin pour 3,000 habitants, en Belgique il n'en est pas ainsi. En Amérique surtout cette pléthore est à signaler. Au Canada, on compte 1 médecin par 1.200 habitants; aux Etats-Unis, 1 pour 750; en Angleterre, les médecins sont environ deux fois moins nombreux qu'en Amérique (*Le Progrèsmédical*)

TABLE MÉTHODIQUE
DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

REVUE DE L'ÉTRANGER

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE DES JOURNAUX

BIBLIOGRAPHIE. — P. DUBOIS

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE. — P. DUBOIS

MISCELLANEA

VARIA

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — SOCIÉTÉS DIVERSES

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS

NÉCROLOGIE

INDEX ALPHABÉTIQUE

